

年 月 日

情報提供申出書

氏名・会社名(団体名) 担当者名			
住所・所在地			
電話番号			
申出内容	<p>別添のとおり、以下の情報提供を申し出ます。</p> <p><input type="checkbox"/> 食品衛生関係 ⇨ 「別紙1」をご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 医事・薬事関係 ⇨ 「別紙2」をご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 環境衛生関係 ⇨ 「別紙3」をご記入ください。</p>		
利用目的	<input type="checkbox"/> 調査・研究 <input type="checkbox"/> 訴訟	<input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> その他〔	<input type="checkbox"/> 取材 〕
提供の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付 (用紙)	<input type="checkbox"/> 写しの交付 (光ディスク)

※ この申出書は、情報提供に当たり申出者への連絡及び利用目的等を確認する必要があるため記載していただくものです。なお、個人情報を除く部分については利用状況等の統計処理にも利用します。

江東区保健所生活衛生課
FAX : 03-3615-7171

(区処理欄)

交付枚数 (受付:)	食品: A4()枚	光ディスク:()枚
	環境: A4()枚	
	医薬: A4()枚	
	計	枚

別紙 1 食品衛生関係（食品衛生法に基づく施設）

氏名・会社名 (団体名) 担当者名		
資料の件名又は内容	対象期間	<input type="checkbox"/> 年 月 日～ 年 月 日に <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 で許可・届出のあった施設
		<input type="checkbox"/> 年 月 日現在、許可・届出のある施設
	対象業種	<input type="checkbox"/> 飲食店営業 <input type="checkbox"/> すべての許可業種 <input type="checkbox"/> すべての届出業種 <input type="checkbox"/> その他の特定業種〔 〕
		(1) 上記業種のうち、次の業態を含めた情報が必要である。 <input type="checkbox"/> 自動販売機 <input type="checkbox"/> 移動営業(引車) <input type="checkbox"/> 臨時営業 <input type="checkbox"/> 食品営業自動車 (2) 次の施設を含めた情報が必要である。 <input type="checkbox"/> 廃業済 <input type="checkbox"/> 有効期間1年以下
照会項目	<input type="checkbox"/> 屋号 <input type="checkbox"/> 営業所所在地 <input type="checkbox"/> 申請者氏名 (法人名のみ) <input type="checkbox"/> 申請者住所 (法人のみ) <input type="checkbox"/> 申請者電話番号 (法人のみ) <input type="checkbox"/> 営業の種類 <input type="checkbox"/> 営業所電話番号 <input type="checkbox"/> 初回許可日 <input type="checkbox"/> 許可年月日 <input type="checkbox"/> 許可満了日 <input type="checkbox"/> 許可番号 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	
備考		

別紙2 医事・薬事関係

氏名・会社名 (団体名) 担当者名			
資料の件名又は内容	対象期間	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日に <input type="checkbox"/> 新規開設(許可) <input type="checkbox"/> 休止 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 再開した施設	
		<input type="checkbox"/> 年 月 日現在、営業中・開業中の施設	
	対象業態	医事	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 助産所〔有床のみ〕 <input type="checkbox"/> 歯科技工所 <input type="checkbox"/> 施術所(柔道整復) <input type="checkbox"/> 施術所(あん摩・はり・きゅう〔出張施術は除く〕)
		薬事	<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 管理医療機器販売業・貸与業
照会項目	医事	<input type="checkbox"/> 施設名 <input type="checkbox"/> 施設住所・方書 <input type="checkbox"/> 施設電話番号 <input type="checkbox"/> 開設者氏名(法人のみ) <input type="checkbox"/> 病床数 <input type="checkbox"/> 開設日 <input type="checkbox"/> 休止日 <input type="checkbox"/> 施設分類 <input type="checkbox"/> 廃止日 <input type="checkbox"/> 再開日 <input type="checkbox"/> 診療科目	
	薬事	<input type="checkbox"/> 施設名 <input type="checkbox"/> 施設住所・方書 <input type="checkbox"/> 施設電話番号 <input type="checkbox"/> 開設者氏名(法人のみ) <input type="checkbox"/> 業態 <input type="checkbox"/> 休止日 <input type="checkbox"/> 再開日 <input type="checkbox"/> 廃止日 <input type="checkbox"/> 初回許可日 <input type="checkbox"/> 許可終了日 <input type="checkbox"/> 業態許可番号	
	備考		

別紙3 環境衛生関係

氏名・会社名 (団体名) 担当者名		
資料の件名又は内容	対象期間	<input type="checkbox"/> 年 月 日～ 年 月 日に 新規で許可・確認・届出した施設
		<input type="checkbox"/> 年 月 日現在、許可・確認・届出している施設
	対象業種	<input type="checkbox"/> 理容所 <input type="checkbox"/> 美容所 <input type="checkbox"/> その他 []
		<input type="checkbox"/> 上記の対象期間及び対象業種で、 既に廃止した施設の情報が必要である。
	照会項目	<input type="checkbox"/> 照会項目は、以下の内容であることを同意する。 許可・確認番号 営業種類(形態) 施設名称 施設電話番号 施設所在地 営業法人商号 営業法人住所 営業法人電話番号 申請・届出年月日 許可・確認年月日 総客室数(旅館業のみ) 収容定員数(旅館業のみ) その他 []
備考	<input type="checkbox"/> 照会項目のうち、施設及び営業法人電話番号がない場合は、「***」として提供することに同意する。	