千葉市斎場利用葬祭業者登録（ＩＤ登録）廃止申請書

令和　 　年 　　月 　　日

（あて先）千葉市長

申請者　所 在 地

商号又は名称

代表者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

（※）法人の場合は、記名押印してください。

法人以外でも、代表者が手書きしない場合は、記名押印が必要です。

千葉市斎場及び千葉市斎場予約システム利用のためのＩＤ登録廃止について、次のとおり申請

します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 葬祭業者名 |  |
| ２ | 支店、営業所名（ＩＤ番号） | （　　　　　　　　　　） |
| ３ | 支店、営業所の住所 |  |
| ４ | 電話番号 | （　　　　 ） |
| ５ | ＦＡＸ番号 | （ 　　　　） |
| ６ | メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| ７ | 問い合わせ担当者名 |  |
| ８ | 廃止年月日 |  |
| ９ | 廃止理由（該当番号を〇で囲む） | Ａ　廃業　　Ｂ　業務縮小　　Ｃ　移転　　Ｄ　業態変更Ｅ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注：支店、営業所がある場合は、支店、営業所の単位（ＩＤ登録番号）ごとに申請してください。

提出先 〒260-8722 千葉市中央区千葉港１番１号 千葉市 保健福祉局 医療衛生部 生活衛生課

電話：０４３－２４５－５２１３ FAX：０４３－２４５－５５５６

千葉市 記入欄

・受付年月日：令和　　年　　月　　日

・廃止年月日：令和　　年　　月　　日

・担当者：