様式１

連絡体制票

年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 連絡責任者１ |  |
| 連絡責任者２ |  |
| 緊急時連絡先 | 担当部署：  電話番号：  ＦＡＸ番号：  メールアドレス： |

静岡市の連絡担当部署

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | 静岡市保健所　生活衛生課 |
| 所在地 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 連絡責任者１ |  |
| 連絡責任者２ |  |