

高雄市政府衛生局加水站加水車設立申請書

承辦人員填寫			
案件編號		收件日期	年 月 日
收件類別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 郵寄	申請類別	<input type="checkbox"/> 加水站(<input type="checkbox"/> 含桶裝水) <input type="checkbox"/> 加水車

以下請業者詳閱說明後填寫

申請資料								
填寫說明：1. 本申請書及業者檢附之各項證件、文件由承辦人員掃描後送交各審核單位會審，審核時間 7-14 工作天(不含郵寄送還時間)，業者檢附之各項申請文件正本驗畢後退還。 2. 如有缺件情形，經 2 次電話通知無法接通或通知後 15 日內未補件者不予核准，逕予退件不再另行通知。								
申請日期	年 月 日	申請人			連絡電話			
領件方式	<input type="checkbox"/> 自領 <input type="checkbox"/> 郵寄(需檢附足額掛號回郵信封，郵資不足將電話通知自取)							
證件	<input type="checkbox"/> 負責人身份證及影本(影本黏貼於背面業者資料表) <input type="checkbox"/> 委託代辦一併檢附委託書(含受委託人影本) <input type="checkbox"/> 負責人 2 吋照片 1 張(黏貼於背面業者資料表)							
基本文件 (驗畢退還)	<input type="checkbox"/> 高雄市加水站水源供應許可證，如水源由他處供應，影本需蓋水源公司大小章、並註明與正本相符、僅供○○加水站使用。 <input type="checkbox"/> 加水站各項設備材質證明文件正本。 <input type="checkbox"/> 高雄市加水站衛生管理人員證書正本。 <input type="checkbox"/> 最近一年出水口水質檢驗合格證明正本。							
指定文件 (請依申請狀況檢附應備文件)	書件名稱		應檢附項目					加水車
			自有地點加水站			租賃地點加水站		
			獨棟	集合住宅	空地	獨棟	集合住宅	空地
	<input type="checkbox"/> 營業場所暨設備簡圖		v	v	v	v	v	v
	<input type="checkbox"/> 所有權人使用同意書					v	v	v
	<input type="checkbox"/> 第一類建物謄本		v	v				
	<input type="checkbox"/> 第二類建物謄本					v	v	
	<input type="checkbox"/> 第一類土地登記謄本				v			
	<input type="checkbox"/> 第二類土地登記謄本							v
<input type="checkbox"/> 汽車行車執照影本							v	
<input type="checkbox"/> 車輛照片圖							v	

水源資料			
填寫說明：1. 同一加水站(車)如有一個以上水源應分為 2 件(或以上)申請。 2. 外購水源者免填自來水水號及水權狀字號			
水源名稱		水源許可有效期限	年 月 日
水源供應業者編號		水源供應許可證號	
水源地址			
水源類別	<input type="checkbox"/> 自來水	自來水水號	
	<input type="checkbox"/> 地下水	地下水水權狀字號	

加水站基本資料			
加水站		加水車	
加水站名稱		車牌號碼	
加水站地址 (或地號)		登記地址	
填寫說明：1. 加水車登記名稱為(車牌號碼)+(加水車)。 2. 下列電話號碼為公開號碼，印製於加水站核准證明書並提供消費者查詢，業者應保持營業時間電話正確及暢通，連絡電話及手機至少應填寫1項。 3. 水車地址如非高雄市，請登記實際連絡地址，並擇一區衛生所登記辦理。			
連絡電話		連絡手機	
統一編號	<input type="checkbox"/> 無	食品業者登錄字號	<input type="checkbox"/> 無

負責業者資料			
填寫說明：以法人名義開設加水站(車)，應以代表人(或宗教團體負責人)登記為負責人，由負責人授權委託辦理相關申請，並登記統一編號或檢附登記證影本。如以自然人名義申請設立者，未來僅能以該負責人身分辦理相關申請。			
負責人		法人名稱 (以自然人登記者免填)	<input type="checkbox"/> 檢附登記證
身分證字號		負責人2吋照片黏貼處(可使用電子圖檔列印)	
出生日期	年 月 日		
連絡電話			連絡手機
電子郵件信箱			
戶籍地址			
通訊地址			
負責人身份證影本(正面)黏貼處 (可使用電子圖檔列印)		負責人身份證影本(背面)黏貼處 (可使用電子圖檔列印)	
衛生管理人員		身分證字號	
講習證書字號		講習證書有效日期	年 月 日

負責人詳閱填寫說明並確認填寫表資料無誤後簽章：_____