

食品衛生責任者設置等届出書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市保健所長

住所

届出者 氏名

電話番号

食品衛生責任者の設置に関し次のとおり届け出ます。

区 分	<input type="checkbox"/> 設置 (自ら食品衛生責任者となる場合を含む。) <input type="checkbox"/> 変更		
施設 の 名 称			
施設 の 所 在 地			
施設 の 電 話 番 号			
営 業 の 種 類			
許 可 番 号			
許 可 年 月 日	年 月 日		
食品衛生 責 任 者	氏 名		
	資 格	<input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 製菓衛生師 <input type="checkbox"/> ふぐ包丁師 <input type="checkbox"/> 知事指定の講習会 <input type="checkbox"/> その他の講習会 ( ) <input type="checkbox"/> 上記以外 ( )	確認欄
設置又は変更の年月日	年 月 日		
備 考			

備考 1 本人が自筆で氏名を記入したときは、押印を省略することができます。

2 がある欄は、該当するにレ印を記入してください。