

# 食品衛生責任者(設置・変更)届

年 月 日

呉市保健所長 様

〒

営業者住所

電話番号

氏 名

(法人にあつては、法人の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

次の施設の食品衛生責任者の(設置・変更)しましたので届けます。

営業所所在地	
営業所名称	電話番号
営業の種類	
食品衛生責任者	ふりがな 氏 名
	資格の種類 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 製菓衛生師 <input type="checkbox"/> 食品衛生責任者養成講習会の過程を修了した者 <input type="checkbox"/> 他県市で食品衛生責任者養成講習会の過程を修了した者(        ) <input type="checkbox"/> その他(        )
	取得年月日 年 月 日
	番 号
変更前の食品衛生責任者の氏名	
変更年月日	年 月 日

(注)食品衛生責任者養成講習会の修了証、調理師免許等資格を有することを証するものを提示してください。