

別記第1号様式

食品衛生責任者設置（廃止）届

年 月 日

保 健 所 長 様

営業者(設置者)

住 所

氏 名

電話番号

印

下記のとおり食品衛生責任者を設置(廃止)したので、資格を証する書類を添えお届けします。

番号	営 業 施 設				食 品 衛 生 責 任 者				設置 (廃止) 年月日	廃止の 理由他
	設 置 場 所	名 称	業種*	従業 員数	住 所	氏 名	生年月日	資格及び 取得年月日		
1										

注1 主たる営業を、番号欄の1へ記入してください。

注2 *業種は、保健所に備え付けの「業種番号一覧表」を見て、該当の業種を番号で記入してください。

注3 記載余白がない場合は、複数の用紙を使用してください。

注4 個人が届け出る場合は、押印を省略することができる。