

様式

年 月 日

岩手県 保健所長 様

住 所

氏 名

電話番号

〔 法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

食品衛生責任者設置（変更）届

食品衛生責任者を設置（変更）したので、岩手県食品衛生責任者設置要綱第2条第3項の規定により届け出ます。

営業所の所在地	(郵便番号) 電話番号	
営業所の名称等		
営業の種類		
食品衛生責任者	氏 名	
	住 所	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生
	資格の別	1 養成講習会修了者 5 製菓衛生師 2 食品衛生管理者 6 食鳥処理衛生管理者 3 栄養士 7 その他 4 調理師 ()
設置（変更）年月日	年 月 日	

備考) 資格を証明する書類（免許証、修了証の写等）を添付してください。