

食品衛生責任者設置（変更）届出書

平成 年 月 日

市立函館保健所長 様

届出者 住所
 （法人にあっては、主たる事務所の所在地）
 氏名
 （法人にあっては、その名称および代表者の氏名）

次のとおり食品衛生責任者を設置（変更）したので、函館市食品衛生法施行細則第11条第2項の規定により届け出ます。

営業所所在地	函館市 町 丁目 番（地）号 （ビル 階）
営業所の名称，屋号または商号	
営業の種類	
現に受けている営業許可の番号およびその年月日	第 号 年 月 日
食品衛生責任者の氏名，住所および生年月日	（ふりがな）氏名 住所 生年月日 T・S・H 年 月 日
食品衛生責任者の設置（変更）年月日	平成 年 月 日
前任者の氏名	

添付書類

函館市食品衛生法施行細則第11条第1項各号のいずれかに該当することを証する書面

注 前任者の氏名は、変更の場合に記入すること。

資格	調理師（ ） 製菓衛生師（ ） 栄養士（ ） 市長指定講習会修了者（ ） 食品衛生法第48条第6項各号に該当する者（ ） その他（ ）
資格取得年月日	S・H 年 月 日 備考