

食品衛生責任者設置（廃止）届

年 月 日

船橋市保健所長あて

営 業 者（設置者）

住 所

氏 名 印

電話番号

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	（ふりがな） 氏 名	生年 月日	資 格 及 び 取得年月日		
1	船橋市									

注 1 主たる営業を、番号欄の 1 へ記入してください。
注 2 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 3 署名することにより、記名及び押印に代えることができます。
添付書類 食品衛生責任者の資格を証明する書類（原本及び提出用の写し）