

食品衛生責任者変更届

令和 年 月 日

広島県西部保健所長 様

営業者の住所

電話番号

(ふりがな)
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を変更しましたので届けます。

営業所所在地	
営業所の名称・屋号又は商号	電話番号
営業の種類及び類別	
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
変更前の食品衛生責任者の氏名	
変更年月日	

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