食品衛生責任者設置（変更）届出書

令和　　年　　月　　日

西条新居浜地区食品衛生協会長　様　　営業者住所　〒

営業者氏名（法人の場合は、名称、代表者氏名及び営業所所在地）

1	届出区分	設置　変更　受講のみ
2	業種	
3	営業所所在地	
4	営業所の屋号、電話番号	（TEL　　）
5 食品衛生責任者	責任者氏名（ふりがな）	氏名（しめい）
	生年月日	（昭和・平成）　年　月　日生
	部門設置の場合は部門名	
	受講免除資格の有無 （1）有 ①食品衛生監視員または食品衛生管理者の資格を取得するための要件を満たしているもの ②栄養士 ③調理師 ④製菓衛生師 ⑤食鳥処理衛生管理者 ⑥船舶料理士 ⑦愛媛県食品衛生責任者 ⑧他都道府県の食品衛生責任者	（　年　月　日取得　第　号） （　年　月　日取得　第　号） （　年　月　日取得　第　号） （　年　月　日取得　第　号） （　年　月　日取得　第　号） （　年　月　日取得　第　号） （　年　月　日取得　第　号） （　年　月　日取得　第　号） （　年　月　日取得　第　号） （　都道府県　市）
	（2）無 案内通知先住所	食品衛生責任者養成講習会を申し込みます。 〒 （TEL　　）
変更	前任者氏名	

部門ごとに食品衛生責任者を設置する場合には、部門ごとに提出して下さい。

＜お問い合わせ先＞
西条市喜多川 796-1　西条保健所内
西条新居浜地区食品衛生協会
TEL0897-56-1300㈹内線 343
TEL　0897-56-2273　FAX　0897-56-6713