

受付入力	交付予定月日	/
------	--------	---

食品衛生責任者変更届出書

年 月 日

大 阪 市 長

届出者 住 所：
(営業者) _____

氏 名： _____

次のとおり食品衛生責任者を変更します。

記

営業所	大 阪 市 区
所在地	ビル又はマンション名

	営業所名称 (屋号又は商号)	営業の種類	指 令 番 号 及 び 許 可 年 月 日 * 施 設 番 号
1			大保食第 号 年 月 日 *
2			大保食第 号 年 月 日 *
3			大保食第 号 年 月 日 *
4			大保食第 号 年 月 日 *

食品衛生責任者 (資格欄に該当番号を記入すること)

1	(ふりがな)	生 年 月 日	資格	3	(ふりがな)	生 年 月 日	資格
	氏名	年 月 日生			氏名	年 月 日生	
2	(ふりがな)	生 年 月 日	資格	4	(ふりがな)	生 年 月 日	資格
	氏名	年 月 日生			氏名	年 月 日生	

資格 1食品衛生管理者 2栄養士 3調理師 4製菓衛生師 5乳業士 6船舶料理士 7指導員養成講習 8認定講習 9特例講習
10経過措置者 11資格なし 12食鳥処理衛生管理者 13自家製ソーセージ食品衛生責任者 14養成講習 15その他

注意 ●太線枠内に、インク等を用いて楷書ではっきりと記載すること ●*印の欄は、記載しないこと
●食品衛生責任者の資格確認のため、調理師免許証、食品衛生責任者養成講習会修了証書等を提示すること
●現営業許可証を添付すること

上記届出書を受理します。

起案	年 月 日		決裁	年 月 日		保健所 受付印
決裁欄	所長	課長・課長代理	係長	担当者	受付者	