

食 品 衛 生 管 理 者 設 置 届
変 更

年 月 日

いわき市保健所長 様

住所（所在地）

届出者 氏名（名称及び代表者氏名）

電話番号

注意 □のある欄は、該当する箇所に✓印を記入してください。

区 分	□ 設 置	□ 変 更
食品衛生法施行令第13条に規定する食品又は添加物の別		
施設	名 称	
	所 在 地	
食品衛生管理者	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	年 月 日
	職 名	
	職 種	
	職 務 内 容	
	設 置 又 は 変 更 年 月 日	年 月 日

備考 次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 食品衛生管理者の履歴書
- (2) 食品衛生管理者たる資格を有する旨を証する書面
- (3) 営業者に対する関係を証する書面