

食品取扱報告書

年 月 日

水戸市保健所長 様

住 所 又 は 所 在 地	〒 ー  電話番号
フリガナ	
氏 名 又 は 名 称 (代表者の氏名)	印  (自署の場合は、押印を省略できます。)

下記のとおり食品を取り扱いますので報告します。

行事名			
行事の主催者			
出店名			
出店の目的			
出店場所			
出店期間 (時間まで記載)	年 月 日 ~ 年 月 日 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分		
食品取扱責任者 氏名・連絡先	氏名 電話		
取扱食品一覧及び 施設概要一覧	別紙のとおり		
提供方法	販売 ・ 無料提供 ・ その他		
調理従事者総数	_____人		
特記事項			
課長	補佐	係長	係員