

食品衛生責任者資格取得誓約書

年 月 日

保健所長 殿

(営業者)

住 所

氏 名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地
並びに名称及び代表者の氏名)

下記の施設について、食品衛生責任者を設置しましたが、大分県食品衛生責任者制度運営要領第2条第1項に基づく資格を有していないので、資格の取得について次のとおり誓約いたします。

営業所の所在地		TEL:
営業所の名称		
食品衛生責任者氏名		
誓約内容	届出日(期限)	年 月 日までに資格を取得したことを届け出ます。
	取得方法	1. 食品衛生責任者の養成講習会(年 月実施)を受講し、食品衛生責任者の資格を取得します。 2. その他(具体的方法)
備考		

(注)届出日(期限)は、誓約書の提出日から1年以内です。

(注)食品衛生責任者資格取得誓約書は、写しを1部営業者が保管