

誓 約 書

年 月 日

(あて先) 浜松市保健所長

住所 (所在地)
〒

申請者
TEL
氏名 (名称及び代表者名)

営業所
所在地
〒
浜松市
TEL
屋号

食品衛生法（昭和 2 2 年法律第 2 3 3 号）第 5 1 条第 1 項第 1 号の規定に基づく、食品衛生法施行規則（昭和 2 3 年厚生省令第 2 3 号）別表第 1 7 の 1 のイの規定により施設ごとに食品衛生責任者を置くこととされていますが、下記の者は食品衛生責任者の資格を持たないため、次の食品衛生責任者養成講習会を必ず受講することを誓約いたします。

なお、万が一受講しなかった場合は、同法第 5 0 条第 2 項違反により、同法第 6 0 条に基づく処分（営業許可の取消等）を受けても異存ありません。

記

食品衛生責任者予定者

〒

住所

フリガナ

氏名

生年月日

年

月

日

講習会の種類

集合形式

・

e ラーニング形式

集合形式受講予定日

e ラーニング形式申込日

年

月

日

注意：すでに、食品衛生責任者の資格（調理師・製菓衛生師・栄養士・管理栄養士等の免許、食品衛生責任者養成講習会の修了証）をお持ちの方が食品衛生責任者となる場合は、この書類を提出する必要はありません。