令和○○年○○月○○日

　広島県西部保健所長　様

　　　　　　　　　　　　営業者の住所

○○郡○○町○○－○○

　　　　　　　　　　　　電話番号

（○×○）○×○－○×○×

　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては，法人の名称，主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）

次の施設の食品衛生責任者を変更しましたので届けます。

|  |
| --- |
| 営業所所在地　○○市○○町○○―○○ |
| 営業所の名称・屋号又は商号　お食事処　基町 | 電話番号○×○（○×○）－○×○× |
| 営業の種類及び類別飲食店営業　１類 |
| 食品衛生責任者 |  | 　 |
| 資格の種類 | □栄養士　□調理師　□製菓衛生師　■食品衛生責任者養成講習会の過程を修了した者　□他県市で食品衛生責任者養成講習会の過程を修了した者（　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 取得年月日 | 令和○○年○○月○○日 |
| 変更前の食品衛生責任者の氏名 | 　 |
|  | 令和○○年○○月○○日 |

(注)　食品衛生責任者養成講習会の修了証，調理師免許等の**資格を有することを証するもの**を提示してください。