

様式第7号

生食用食肉取扱者設置・変更届出書

年 月 日

(宛先)

寝屋川市保健所長 様

営業所の所在地

営業所の名称

営業の種類

営業者の氏名

(法人にあたっては、名称及び代表者の氏名)

寝屋川市食品衛生法施行細則第9条第2項の規定により、
次のとおり生食用食肉取扱者の（ 設置 ・ 変更 ）の届出をします。

1 生食用食肉取扱者の氏名

氏名	
----	--

2 資 格

ア	食品衛生管理者となる資格を有する者（ ）
イ	市長が実施し、又は指定する講習を受けた者（ ）
ウ	他の都道府県知事等が実施し、又は指定する講習を受けた者 （ ）
エ	食品衛生責任者となる資格を有する者（ ）

備考 該当する資格に○印を付けること。

3 当該施設における生食用食肉の加工基準の適用の有無（ 有 ・ 無 ）