

(様式2)

年 月 日

福井県 保健所長 様

住 所

団体名

代表者

印

食品営業類似行為届出書

下記のとおり開設しますので、お届けします。

イ ベ ン ト 名			
開 設 場 所			
開 設 期 間	年 月 日 時	～	年 月 日 時 日間
開 設 理 由			
担 当 責 任 者	氏名		
(連絡先)	連絡先	TEL	
従 事 者 数			
取 扱 品 目 (販売予定数量)			
給 水 方 法	直接給水	水道水等	井戸水等
	間接給水	水道水等	井戸水等
調 理 方 法 の 概 要			
消 毒 方 法			

添付書類 1 開設場所の付近見取図 2 施設の平面図