食品衛生責任者手帳（確認証）の交付申請書

フリガナ		性別	生年月日	昭和・平成
氏名		男・女		年　月　日
自宅住所	〒＿＿＿-＿＿＿＿		電話（携帯でも可）	
勤務先名称 勤務先所在地	（法人名）		経営者区分	経営者・従業員・家族従業員
	（屋号）		営業内容	
	〒＿＿＿-＿＿＿＿		電話	

あなたの資格（該当の数字を○で囲んでください）

1．栄養士　2．調理師　3．製菓衛生師　4．船舶料理士

5．食鳥処理衛生管理者　6．食品衛生管理者　7．他（　　）

登録などの番号	取得年月日	免許等交付者	備考

上記の通り食品衛生責任者手帳（確認証）の交付を申請します。

平成　　年　　月　　日

一般社団法人東京都食品衛生協会長　殿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

手帳郵送お届け先（該当の数字を○で囲んでください）　1．上記の自宅住所　2．上記の勤務先所在地　3．その他（下に記入してください）

〒＿＿＿-＿＿＿＿

＜お届け先・宛名＞

事務所受付印	総合事務所担当者	領収書発行	領収金額	本部確認者	発行年月日	手帳番号	本部受付印
		済・未・不要	2,000円 2,100円			東食確　　号	

※一般社団法人東京都食品衛生協会は、申込書に記載の個人情報を食品衛生責任者業務に係る事務手続きのために使用します。

2014.4