

誓 約 書

(あて先) 東大阪市保健所長

年 月 日

営 業 者 氏 名

(法人の場合は、法人名及び代表者名)

今般、下記の者を食品衛生責任者として届出いたしましたが、資格要件を満たしておりませんので、本日より90日以内に「食品衛生責任者養成講習会」を受講し、資格を取得することを誓約いたします。

また、取得後速やかに届け出ることを重ねて誓約いたします。

記

1 営 業 者 本 人
2 氏 名

営業者本人が食品衛生責任者の場合は「1」に○を、他の者が食品衛生責任者の場合は「2」に○をし、その氏名を記入すること。