

誓 約 書

(宛先) 東大阪市保健所長

令和 年 月 日

・ 営業者（申請者）氏名（法人にあつては、その名称並びに代表者の肩書及び氏名）

・ 施設の名称、屋号又は称号

・ 施設の所在地

東大阪市

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、早急に「食品衛生責任者養成講習会」を受講する等し、資格を取得することを誓約いたします。

また、資格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。