誓　　　　約　　　　書

令和　　年　　月　　日

北海道北見保健所長　様

申請者住所

氏名

（法人にあっては、その名称及び代表者氏名）

食品衛生責任者として下記の者を届け出ましたが、資格要件に適合しないため、食品衛生責任者養成講習会（令和　年　　月　　日）を受講させ、適切に資格者を配置することを誓約いたします。また、緊急事態等で受講できなくなった場合は、北見保健所に連絡し、次回開催の講習会を必ず受講させることを誓約いたします。

記

１　食品衛生責任者氏名

２　　　　〃　　　住所

３　屋　　　　　　　号

４　営業所所在地

５　営　業　の　種　類