

第2号様式(第3条第4項)

(表)

食 品 衛 生 責 任 者 証

責任者番号

写 真

様

横浜市 福祉保健センター長 印



営業所の所在地

台帳番号

営業所の名称

許可期限

営業の種類

(注意)

上記の営業施設の食品衛生責任者でなくなった場合、許可の期限が満了した場合又は当該営業施設を廃止した場合には、本証を福祉保健センター長へ提出してください。

(縦14センチメートル、横9.5センチメートル)

(裏)

食品衛生講習会受講記録

年 月 日	認印

横浜市食品衛生法に基づく公衆衛生上講ずべき措置の基準に関する条例第5条の規定に基づき、指定講習会を受講してください。