

				年	月	日
茨城県				保健所長 殿		
				届出者 住所		
				氏名		
				電話		
下記のとおり食品を取り扱いますので届出します。						
行事名						
行事の主催者						
出店名						
出店の目的						
出店場所						
出店期間 (時間まで記載)		年 月 日 ~ 年 月 日 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分				
食品取扱責任者 氏名・連絡先		氏名 電話				
取扱食品一覧及び 施設概要一覧		別紙のとおり				
本年度の出店日数		_____日 (今回分を含む)				
提供方法		販売 ・ 無料提供 ・ 試食 ・ その他				
調理従事者総数		_____人				
特記事項						
所長	次長	課長	課 員			

出店名			住所 氏名 電話番号	
食品名	原材料名	購入先(屋号、所在地 《市町村名》)	調理等の方法	調理の有無
予定食数 <u>食分</u>				有・無
仕込み場 名称・住所等※ (公共施設に あつては名 称・住所)	許可業種名 許可番号 名称 住所			

※ 仕込み場所が県外の営業施設にあつては食品営業許可証の写しを添付すること。

No.	
〈設営場所(テント内)〉	設備の概要 1 設置位置 (屋外 ・ 屋内) 2 給水設備 (水道 タンク その他) 3 ハンドソープ 4 消毒液 5 盛付け器具 (使い捨て手袋) 5 冷蔵設備 6 熱源 (ガス・ 電機)
〈仕込み場〉(公共施設を利用する場合のみ記載)	設備の概要 1 給水 (水道 その他) 2 ハンドソープ 3 消毒液 4 盛付け器具 (使い捨て手袋) 5 冷蔵設備
〈会場内〉	