

誓約書

令和 年 月 日

長崎県県央保健所長 様

営業者住所

営業者氏名

(法人にあつては名称及び代表者氏名)

営業許可を申請するにあたり、食品衛生責任者を設置していませんので、1年以内に下記のとおり食品衛生責任者養成講習会を受講することを誓約します。

なお、これにより難い場合にあつては、有資格者を雇用する等により1年以内に対応することを誓約します。

記

営業所所在地：

営業所名称：

受講予定者氏名：