調 理 師 業 務 従 事 者 届

1　従事する施設名等　　年　　月　　日

施 設 名		電話番号	
所 在 地	〒（　　-　　） 三重県　　市・郡　　町　　番地		
業 種 名 （該当する番号に○印）	１．寄宿舎　２．学校　３．病院　４．事業所　５．社会福祉施設 ６．介護老人保健施設　７．矯正施設　８．飲食店営業　９．魚介類販売業 １０．そうざい製造業　１１．複合型そうざい製造業 １２．その他〔具体的な施設内容：　　〕		
備　　考	講習会の案内や制度変更の連絡等に利用するため、差し支えなければ、FAX、E-mailアドレスを記載してください。 FAX　： E-mail　：		

（注意）該当する文字又は数字を○で囲んでください。
※下欄からは従事している調理師全員を一人ずつご記入ください。

2　従事する調理師　（食品衛生責任者に指定されている調理師は備考欄に○印をすること。）

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳	
氏　　名						
住所	〒　　-　　TEL　　-　　- 市・郡　　町　　番地					備考
登録を受けた都道府県名	都道府県	登録年月日 昭和.平成.令和　　年　　月　　日		登録番号 第　　号		

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳	
氏　　名						
住所	〒　　-　　TEL　　-　　- 市・郡　　町　　番地					備考
登録を受けた都道府県名	都道府県	登録年月日 昭和.平成.令和　　年　　月　　日		登録番号 第　　号		

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳	
氏　　名						
住所	〒　　-　　TEL　　-　　- 市・郡　　町　　番地					備考
登録を受けた都道府県名	都道府県	登録年月日 昭和.平成.令和　　年　　月　　日		登録番号 第　　号		

※４名以上の従事者が在籍の場合は本紙をコピーしてご使用ください。