（別紙様式１）

年　　月　　日

臨　時　出　店　届

　 健康福祉事務所長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 住所 |  |
|  | 氏名 |  |
|  | 電話番号 |  |

　このことについて、下記のとおり出店します。

記

１　イベント等の名称、期間及び開催場所

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称： |  |
| 期　　間： | 　　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日（　　日間） |
| 開催場所： |  |

２　イベント等の主催者等

３　出店場所及び出店日

４　食品衛生に関する総括責任者及び連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 総括責任者： |  |
| 連　絡　先： |  |

５　取扱食品、取扱方法等（具体的に記載のこと。）

　※出店場所、取扱食品等については、具体的に記載してください。

　　余白で記載できない場合は別紙となっても構いません。

　　付近の見取り図及び配置図も添付してください。