

佐世保市保健所 生活衛生課長 様

年 月 日

催事等に伴う飲食物の提供について（届出）

下記の催事で飲食物の提供をしますのでお届けします。

主催者（団体）						
主催者住所・地区						
連絡先電話番号						

催事名						
目的						
日時	年 月 日 ～ 月 日 時～ 時					
開催場所	： 町・丁目 番 号					
食品取扱責任者名	電話（ ）					
調理、仕込み場所					調理従事者数	名
提供品目（数）	調理	メニュー名	提供数	調理	メニュー名	提供数
※飲食物は全て記載して下さい。	有・無		（ ）	有・無		（ ）
	有・無		（ ）	有・無		（ ）
	有・無		（ ）	有・無		（ ）
	有・無		（ ）	有・無		（ ）
	有・無		（ ）	有・無		（ ）

指導内容	
① 別紙注意事項	
② その他	

監視員氏名	
（ ）	

受付月日	