

「知事指定届出受理機関」
 (一社)千葉県調理師会行
FAX 043-225-5995

調理師業務従事者届

届出日 平成 年 月 日

		管轄健康福祉センター(保健所)名	
業務に従事する場所	名称	電話番号 ()	
	所在地	〒 - 市・郡 区・町 番地 丁目 番 号	
	就業場所 (該当するものを○で囲む)	1.寄宿舍 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.その他()	

※下欄へは従事している調理師全員を一人ずつご記入下さい。

従事している調理師	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
					本籍地	都・道・府・県	
	住所	〒 -			電話番号	()	
	調理師名簿 登録 (通称調理師免許)	免許登録地	都・道・府・県	免許登録番号	第 号		
	免許登録年月日		昭和・平成 年 月 日				

従事している調理師	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
					本籍地	都・道・府・県	
	住所	〒 -			電話番号	()	
	調理師名簿 登録 (通称調理師免許)	免許登録地	都・道・府・県	免許登録番号	第 号		
	免許登録年月日		昭和・平成 年 月 日				

従事している調理師	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
					本籍地	都・道・府・県	
	住所	〒 -			電話番号	()	
	調理師名簿 登録 (通称調理師免許)	免許登録地	都・道・府・県	免許登録番号	第 号		
	免許登録年月日		昭和・平成 年 月 日				

従事している調理師	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
					本籍地	都・道・府・県	
	住所	〒 -			電話番号	()	
	調理師名簿 登録 (通称調理師免許)	免許登録地	都・道・府・県	免許登録番号	第 号		
	免許登録年月日		昭和・平成 年 月 日				

※ この届出受理業務にて業務上知り得た個人情報には本目的以外には使用しません。
 ※ 4名以上の従事者が在籍の場合は、本用紙をコピーしてご使用下さい。