

年 月 日

官古保健所長 殿

報告者住所

氏 名

生年月日 年 月 日生

(法人にあつては、法人の名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名)

給 食 施 設 報 告 書

食品衛生法施行細則第17条の規定により、次のとおり届けます。

1 施設の所在地

2 施設の名称

3 給食開始年月日 年 月 日

4 給食対象者数

5 給 食 数 (朝食 食) (夕食 食)
(昼食 食) 計 食

6 施設の平面図 別紙

(注意) 用紙の規格は、日本工業規格A4判とすること。

委任状

年 月 日

宮古保健所長

申請者住所

申請者名氏名

印

生年月日

〔法人にあっては法人の名称、主たる事務所の所在地、代表者氏名及び法人の設立年月日〕

私は、下記のことを代理人と定め、沖縄県食品衛生法施行細則に基づく（給食施設の報告・営業報告）に係る一切の権限を委任します。

記

代理人住所

代理人氏名

印

委任状の有効期限

委任状交付日より30日以内

営業施設の概要（平面図）

営業施設周辺の地図