様式第２号

**食品衛生管理者廃止届出書**

　　　年　　　月　　　日

吹田市保健所長宛

届出者　住　　所

氏　　名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

吹田市食品衛生法施行細則第５条の規定により、次のとおり食品衛生管理者の廃止の届出をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業所の名称 |  |
| 営業所の所在地 | 吹田市 |
| 廃止した食品衛生管理者の氏名 |  |
| 廃止年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 廃止の理由 |  |