

様式第2号(第1条関係)

調理業務従事証明書(飲食店等の場合)

法人の場合は法人
の名称から記入

フリガナ ミヤザキ タロウ
従事者(受験者)氏名 宮崎 太郎
生年月日 平成〇年 〇月 〇日

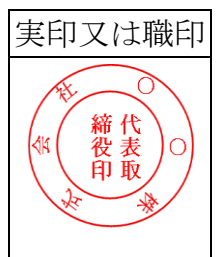
上記の者は、上記のとおり調理の業務に従事したことを証明します。

勤務施設名	居酒屋保健所 宮崎店		経営者名 (施設長)	(株)居酒屋保健所グループ 代表取締役 日向 二郎	
所在地	〇〇町大字××番地		電話	0985(26)7347	
施設の種類	種類 (該当のところに○印をつけること。)	許可・開設年月日 許可番号等	調理業務の内容 (なるべく具体的に 記載すること。)		
	飲食店 関係営業	① 飲食店営業 <input checked="" type="radio"/> 該当番号に○ 2 魚介類販売業 3 そうざい製造業	(許可年月日等) 平成15年4月1日 第 4505-1-1 号 新規・継続	調理している料理名と、調理時に行っている調理作業を具体的に書く。正社員、パート、アルバイトとして従事しているか勤務形態を必ず書くこと。 (記入例) 正社員として、定食の調理に従事している。 ・野菜のカット ・ハンバーグの味付け	
給食施設	(1日 回 食)	(開設年月日)	新規または継続の許可年月日を記入。従事期間開始時期より以前であること。不明の場合は保健所窓口で確認ください。		
	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 自衛隊 ⑨ 給食センター 10 その他				
上記の施設で調理業務に従事した期間		平成18年4月 1日から	計 3年 1月		
勤務日数及び時間		5日/週 5時間/日			
※週4日以上かつ1日6時間以上または週5日以上かつ1日5時間以上		※正社員、パート、アルバイトを問わず記入必要			
廃業年月日		年 月 日			
証明日	年 月 日				

印を押した日を証明日としてください。なお、証明印については別紙参照。

証明する店舗を廃業された方のみ記入してください。廃業届を出した日を記入。

証明者	住所	〇〇町大字××番地		電話	0985(26)7347	
	施設名	(株)居酒屋保健所グループ				
	地位	代表取締役	氏名	日向 二郎		
証明者が施設長でない理由						



記入ミスをした場合は2本線で消し、訂正印を押し書き直すこと。修正液等で訂正している場合は書き直しをしてください。訂正印は証明印で行うこと。