年　　　月　　　日

臨時営業許可申請書

　福岡県粕屋保健福祉事務所長　殿

　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名（法人にあっては名称及び代表者職名、氏名）は自署又は記名押印）

　　　　　　　　　　　 生年月日　　　　　　　　電話番号(　　)－　　　－

　次のとおり臨時営業の許可を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| イベント名 |  |
| 営業所所在地 |  |
| 営業の種類 | □ 飲食店営業 |
| 営業の期間 | 　　年　　月　　日　～　　　月　　日（　　日間）※ 雨天時等による遅延の場合　　年　　月　　日　～　　　月　　日（　　日間） |
|  |
| 仕込場所 |  |
| 取扱品目 | 原材料 | 仕入先 | 調理方法等 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 従事者（営業者が従事しない場合） | 氏　　　名 | 住　　　　　　　所 |
|  |  |
| 営業所付近見取図　 □ 別紙添付 |
| 営業所の平面図・配置図　　 □ 別紙添付　営業所の設置場所（□ 屋内　□ 屋外（□ 風雨を防ぐことができる構造））必要な設備（□ 流水式手洗い設備（消毒薬設置済） □ 貯水設備　□ 調理設備　□ 冷凍・冷蔵設備（温度計設置済） □ 器具等保管設備（食品販売業除く。）　□ 廃棄物容器（蓋付のゴミ箱）） |
| 使用水（□ 水道水　□ 水道水以外（□水質検査結果書）） |