

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(法人にあつ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	<input type="checkbox"/> 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

(様式第 1 号裏面)

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