

年 月 日

千葉県知事

様

設置者

住所

氏名

〔法人にあつては主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

食品衛生管理者養成施設の登録取消し申請書

下記のとおり食品衛生管理者養成施設の登録の取消しを受けたいので、食品衛生法
施行令第 19 条の規定により申請します。

記

- 1 養成施設の名称及び所在地
- 2 登録番号及び登録年月日
- 3 登録の取消しを受けようとする理由
- 4 登録の取消しを受けようとする予定期日
- 5 在学中の生徒があるときは、その措置