年　　月　　日

八王子市保健所長　殿

主催団体名

　　　　　　代表者住所

　　　　　　代表者氏名

　　　　　　電話番号

模擬店開催届出

下記の通り模擬店を開催しますので、お届けします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１．模擬店の開催場所　八王子市

２．開催日時　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　時から

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　　日　　　時まで

３．取扱責任者氏名

４．取扱品目及び取扱方法（書き切れない場合は、別紙による）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 取扱食品 | 取扱方法 | 食品購入先 |
|  |  |  |

５．模擬店の配置図

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 取扱食品 | 取扱方法 | 食品購入先 |
|  |  |  |

（別紙）