

営 業 報 告 書

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所 殿

報 告 者 (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)	住 所	郵便番号 (-) 電話番号 () -
	氏 名	生年月日 年 月 日

次のとおり営業をしているので、報告します。

営 業 所 の 所 在 地	郵便番号 (-) 電 話 番 号 () - ファクシミリ番号 () -
営 業 所 の 名 称	
営 業 の 種 類	01 乳搾取業 02 食品製造業 03 野菜又は果物の販売業 04 総菜販売業 05 菓子販売業 06 食品販売業 07 食品添加物の製造業 08 食品添加物販売業 09 氷雪採取業 10 器具容器包装おもちゃの製造又は販売業
従 事 者 数	人
使 用 水	1 水道水 2 水道水以外 3 両者併用
加入食品関係団体の名称	
備 考	