（別記第８号様式）

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号

住　 所

氏 名

（電話 局 番）

山口県食品表示適正化推進事業所定期報告書

山口県食品表示適正化推進事業所認定ステップアップ制度実施要綱第１７条第１項の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

○山口県食品表示適正化推進事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 所 名 称 |  |
| 事 業 所 所 在 地 | （郵便番号 　　－ 　　 ） |
| 認 定 番 号 |  |
| 認 定 の 有 効 期 間 | 年 月 日 |

○事業所の体制等

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 所 責 任 者 | ・氏名  （役職名： 　　　　　　　　　 ） |
| 設置する  食品表示責任者 | ・氏名：  ・受講済証番号：  ・有効期間： 年　月　日 ～　 年　月　日 |

添付書類

・要綱第３条に規定する管理体制基準に適合することを明らかにする書類

注 届出者の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。