

様式4の2（第5関係、調理施設用）

認証番号 号

認 証 書

事業者名 _____

施設の名称 _____

青森県食品衛生自主管理認証制度実施要領第4の規定により、次のとおり
認証します。

年 月 日

青森県知事 ○○ ○○

- 1 認証を受けた施設名（部門名）
- 2 自主衛生管理に取り組む施設の種類