

# 食品衛生監視票交付願

年 月 日

静岡県西部保健所長 様

住所：

名前：

下記施設について、食品衛生監視票の交付をお願いします。

記

施設 の 名 称	
施設 所 在 地	
営 業 の 種 類 (該当にチェック、 内容を記載)	<input type="checkbox"/> 営業許可 ( ) <input type="checkbox"/> 届出 ( )
取 扱 食 品	
HACCPに沿った衛生管理 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> HACCPに基づく衛生管理 <input type="checkbox"/> HACCPの考え方を取り入れた衛生管理
使用又は参考とした手引書 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> HACCPの考え方を取り入れた衛生管理のための手引書 ( )
取得している第三者認証	
許 可 番 号 (届出の場合、整理番号)	
必要とする目的	
監視票への押印	<input type="checkbox"/> 押印を希望しない <input type="checkbox"/> 押印を希望
監視票を必要とする時期	<input type="checkbox"/> 月 日までに交付希望 <input type="checkbox"/> 特に定めはない

担当者部署名

担当者氏名：

連絡先： 電話番号：  
メー ル：