

# 食品衛生監視票交付願

令和 年 月 日

静岡県東部保健所長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請者住所 \_\_\_\_\_

次の施設について、食品衛生監視票を交付願います。

施設の名称	
施設の所在地	
営業の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 許可業種 ( 業 ) <input type="checkbox"/> 届出業種
許可番号 (届出の場合、整理番号)	
取扱食品	
HACCP の取組 (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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
第三者認証 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
食品衛生監視票の使用目的	<input type="checkbox"/> 表彰関係 <input type="checkbox"/> 学校給食関係 <input type="checkbox"/> 取引先提出 <input type="checkbox"/> その他 ( )
保健所印の押印	<input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 希望有り

担当者 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_