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） | □　許可業種（　　　　　　　　　　　　　　　業　）  □　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） | □　HACCPに基づく衛生管理  □　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） | □　HACCPの考え方を取り入れた衛生管理のための手引書  □　その他　（　　　　　　　 　　　　　） |
| 第三者認証（該当にチェック） | □　無　　　　□　有（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食品衛生監視票の使用目的 | □　表彰関係　　□　学校給食関係  □　取引先提出　□　その他（　　　　　　　 　　　） |
| 保健所印の押印 | □　希望無し　　　　　　□　希望有り |

担当者

電話番号

メールアドレス