

食品衛生監視票交付願い

令和 年 月 日

市立函館保健所長 様

住 所 (法人にあっては, 所在地)

氏 名 (法人にあっては, その名称および代表者の氏名)

下記のとおり食品衛生監視票が必要なので, 交付願います。

記

1 理 由

2 必要枚数 枚

3 該当施設

所 在 地 函館市 町 (丁目) 番 号

名 称

営 業 の 種 類

許 可 ・ 届 出 番 号

取 扱 食 品

4 HACCPに沿った衛生管理 (どちらかにすること)

HACCPに基づく衛生管理 HACCPの考えを取り入れた衛生管理

5 使用または参考とした手引書

6 取得している第三者認証

7 担当者および連絡先 (電話番号)

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

| 生活衛生課長 | 主 査 | 担 当 |
|--------|-----|-----|
|        |     |     |

上記交付願いについて, 別添 (写し) のとおり採点したので, 交付したい。

令和 年 月 日

食品衛生監視員

印

食品衛生監視員

印