

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