|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日　宇都宮市保健所長　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名： 　　　 　 　　（法人にあっては、その名称及び代表者氏名）食品衛生監視票交付申請書次の施設について，食品衛生監視票の写しを交付願いたく申請いたします。 |
| 営業所の名称（屋　号） |  |
| 営業所所在地 |  |
| 営業の種類 | □営業許可（　　　　　　　　　）　　□届出（　　　　　　　　　　） |
| 監視票交付を希望する業種 |  |
| 取扱食品 |  |
| 衛生管理状況 | □HACCPに基づく衛生管理（取得している第三者認証：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□HACCPの考え方を取り入れた衛生管理 |
| 申請の理由及び提出先 |  |
| 担当者 | フリガナ | 電話番号 |  |
|  |
| 検査希望日 | 　　　年　　月　　日 | 従業員数 | 　　　　　　　名 |
| 交付期限 | 　　 　年　　月　　日までに必要 |

衛生管理計画，記録等の提示の準備をお願いします。