|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。