

年 月 日

宇都宮市保健所長

住所：

氏名：

(法人にあつては、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	<input type="checkbox"/> 営業許可 () <input type="checkbox"/> 届出 ()		
監視票交付を 希望する業種			
取扱食品			
衛生管理状況	<input type="checkbox"/> HACCP に基づく衛生管理 (取得している第三者認証：) <input type="checkbox"/> 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。