令和　　　年　　　月　　　日

前橋市保健所長　様

住所

氏名

(法人にあっては所在地、商号及び代表者名)

電話番号

食 品 衛 生 監 視 票 交 付 願

下記の施設について、食品衛生監視票の交付を申請します。

１　営業所所在地：

２　営業所の名称(屋号)：

３　営業の種類：　□　許可業種（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　届出業種又は許可・届出不要業種（主な取扱い食品：　　　　　　　　　　）

４　衛生管理の方法：　□　HACCPに基づく衛生管理

　　　　　　　　　　　□　HACCPの考え方を取り入れた衛生管理（手引書等を利用）

　　　　　　　　　　　　（参考にしている手引書：　　　　　　　　　　　　　　　）

５　交付願提出の理由：

６　交付期限日：　令和　　　年　　　月　　　日までに必要

７　交付願依頼状況：　　初めて　・　定期　　　年に１回　(前回　　年　　月)　・　不定期

８　調査に不都合な日時、曜日等：　　無し　　・　　　　　　　　　　　　　　　　　は不可

９　連絡先：担当者 　　　　　　　　　　 電話 　　　　　　　　　　 ＦＡＸ

* 次の欄には記入しないで下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設監視予定日時 | 月　　日( 　)　ＡＭ ・ ＰＭ　 　時　 分 ～ |

受　付　印

前橋市保健所　衛生検査課　食品衛生係

電話(027)220－5778 　　ＦＡＸ(027)223－8835