　　年　　月　　日

保健所長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　(法人の場合は，主たる事務所の所在地)

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　 (法人の場合は，その名称及び代表者氏名)

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

電話番号

食 品 衛 生 監 視 票 交 付 願

　「食品衛生監視票について」（令和３年３月26日薬生食監発0326第５号厚生労働省医薬・生活衛生局食品監視安全課長通知）に基づく食品衛生監視票について，次の施設に対して交付くださるようお願いします。

１　施設の概要

（１）営業所の名称，屋号又は商号

（２）営業所所在地

（３）営業の種類

２　ＨＡＣＣＰに沿った衛生管理

（１）取組の別（対応するものに☑を入れること。）

　□HACCPに基づく衛生管理

　□HACCPの考え方を取り入れた衛生管理

（２）（HACCPの考え方を取り入れた衛生管理の場合）使用又は参考とした手引き書

３　必要部数　　　　　　　　　　　　　　　　部

４　交付希望日（交付願提出日から１か月後以降の日付を記載すること。）

５　取扱品目

６　その他