

年 月 日

保健所長 殿

住 所（法人の場合は所在地）

電 話 番 号

氏 名（名称及び代表者氏名）

年 月 日生

食品衛生監視票交付申請について

今般 \_\_\_\_\_ の為、食品監視票が \_\_\_\_\_ 部必要なので、下記施設について交付くださるようお願いいたします。

記

1 営業所所在地 \_\_\_\_\_

2 営業所の名称・屋号又は商号 \_\_\_\_\_

3 営業の種類 \_\_\_\_\_

4 営業許可（届出）の年月日及び許可番号  
年 月 日 指令 保第 号

5 その他参考事項  
HACCP の取組  HACCP に基づく衛生管理  
 HACCP の考え方を取り入れた衛生管理

第三者認証（ISO2200 等） \_\_\_\_\_

取扱食品（主な製造品目） \_\_\_\_\_