

年 月 日

徳島県吉野川保健所長 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6年8月30日健生食監発 0830 第5号厚生労働省健康・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いたします。

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) 取得している第三者認証の有無 無 ・ 有（ ）

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 注意事項の確認（確認した場合はを入れること。）

吉野川保健所ホームページにある注意事項を確認しました。

7 その他