年　　月　　日

　徳島県東部保健福祉局長　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

　次の施設について、食品衛生法に基づく食品衛生監視票の交付をお願いします。

１　施設の概要

1. 施設の名称
2. 施設所在地
3. 営業の種類

|  |  |
| --- | --- |
| 業種 | 許可番号（届出業種の場合は記載不要） |
|  | 徳島県指令東保第　　　　　　　　　号 |

1. 取扱品目

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ヶ月以降の日付を記載すること）

<交付までの流れ>

1. 「食品衛生監視票交付願」を保健所へ提出（交付希望日の１ヶ月前までに）

↓

1. 立入調査日時の決定

＊保健所から連絡します。

↓

1. 施設立入調査

【調査時間の目安】

「HACCPに基づく衛生管理」３時間程度

「HACCPの考え方を取り入れた衛生管理」２時間程度

↓

1. 後日、交付