食品衛生監視票交付願

　　年　　月　　日

北海道網走保健所長　様

食品等事業者住所

氏名

下記施設について、食品衛生監視票を交付願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |
| 施設所在地 |  |
| 営業の種別 | □許可営業　　　　　□届出営業 |
| 業種番号（許可営業の場合） |  |
| 取扱品目 |  |
| HACCPに沿った衛生管理 | □HACCPに基づく衛生管理  □HACCPの考え方を取り入れた衛生管理 |
| 使用または参考とした  手引き書 |  |
| 第三者認証 | □有　　　□無  認証規格： |
| 食品衛生監視票の使用目的 |  |