

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	<input type="checkbox"/> 許可営業 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> HACCP に基づく衛生管理 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 認証規格：
食品衛生監視票の使用目的	