食品衛生監視票交付願

　　　　年　　　　月　　　　日

岩出保健所長　様

申請者

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名又は名称

（代表者の氏名）

次の施設について、食品衛生監視票の交付を受けたいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業所所在地 |  |
| 営業所名称 |  |
| 業種 |  |
| 取扱食品 |  |
| 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 |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |