令和 年 月 日

茨城県ひたちなか保健所長 殿
(FAX : 0 2 9 - 2 6 5 - 5 0 4 0)

依頼者

住 所 :

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 :

(法人にあつては、その名称)

食品衛生監視票の交付について (依頼)

下記の施設について、食品衛生監視票の交付をお願いします。

施設	業 種	☐ 営業許可 飲食店営業 ・ 菓子製造業 ・ 食肉販売業 ・ 納豆製造業 水産製品製造業 ・ その他 ()	
	名 称	☐ 届出 ()	
	所 在 地		
取り扱い食品			
衛生管理状況	☐ HACCPに基づく衛生管理 (取得している第三者認証 :) ☐ HACCPの考え方を取り入れた衛生管理		
監視票提出先			
本件に係る連絡先	担当者	氏名 : 電話 :	
監視票依頼状況	☐ 前回 (年 月 頃) ☐ 初めて		
調査希望日等	第1希望	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃	
	第2希望	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃	
備 考			
このことについて、令和 年 月 日当該施設を調査したので、別添のとおり監視票を 交付してよろしいか。			
食品衛生監視員 :			
決 裁	次長兼衛生課長	監視指導課長	課 員