

食品取扱関係施設調査票

出店者	住 所	
	氏 名	電 話
食品衛生責任者 (業務従事責任者)※		電 話

※業務を代行する方がある場合は会社名及び担当者名をご記入下さい。

1 取扱食品等（出店期間 月 日 ～ 月 日）

取扱食品等	(調理等を行う場合) 原材料の形態から提供までの方法 (販売のみを行う場合) 食品の保管及び陳列の方法※	最大取扱 予定数量 / 1日	試食の 有無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無

※弁当類については製造所、搬入時間、搬入方法を記載してください。

2 施設及び設備関係

施設の構造	プレハブ・テント・その他 ()		
給 水	水容量：水道直結・約40ℓ・約80ℓ・約200ℓ・約 ℓ (水道直結でない場合) 用水タンクの個数： ℓ 個		
手洗い設備	水道直結・流水式タンク・洗浄剤・消毒剤・その他 ()		
食品保管設備	冷蔵庫(個)・冷凍庫(個)・アイスボックス(個)・その他		
洗 浄 設 備	シンク(槽) ・ 食洗機(個)		
換 気 設 備	強制換気・自然換気	使用食器	使い捨て容器・その他
排 水	下水直結・その他()	廃棄物容器	ふた付容器(個)・その他

3 その他（すでに許可を受けている・届出をしている方は記入してください）

許可取得又は営業届出 保健センター（保健所）	(営業許可番号)	営業者氏名	
許 可 業 種	飲食店営業・その他()		
届 出 業 種	乳類販売業・弁当販売業・その他()		