

「那覇市HACCP制度確認店」申請書

記入日 西暦 年 月 日

申請者 ※必須(営業許可証の営業者情報をご記入ください)			
ふりがな			
申請者名 <small>※法人の場合、代表者役職、代表者名まで</small>			
住所 <small>※法人の場合、法人所在地</small>	(〒 -)		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス	※アドレスをお持ちの方は必ずご記入ください。		

店舗情報 ※必須			
使用しているひな形に✓を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 「食品衛生管理ファイル」 <small>那覇市保健所配布</small>			
<input type="checkbox"/> HACCPの考え方を取り入れた衛生管理のための手引書 <small>公社)日本食品衛生協会作成</small>		<input type="checkbox"/> その他	
「その他」を選択された店舗はお答えください。 使用している書類名 作成団体			
ふりがな		ふりがな	
施設名		担当者氏名	所属・役職
所在地	(〒 -)		
営業の種類(業種)	①飲食店(a.食堂・レストラン等 b.喫茶店 c.弁当・惣菜・仕出し d.バー・スナック等) ②製造業(業種:) ③その他(業種:)		
電話番号		営業許可番号	第 号
メールアドレス	※担当者で連絡が取れるアドレスをご記入ください。		
営業日	※営業曜日に○を付けて下さい。 月・火・水・木・金・土・日・祝 定休日()	営業時間	
食品衛生責任者	(コピー添付必要) 氏名:		

【必須】応募に関する内容及び同意確認

上記店舗情報について、市の広報媒体(ホームページ、書面等)へ掲載することに同意していただける場合は、下記にチェックを入れていただき、署名欄に担当責任者のサインをお願い致します。

<input type="checkbox"/>	同意する	署名	役職	
			担当責任者氏名	

【提出前にチェックしましょう】

- 衛生管理計画を掲示、朝礼や勉強会を通じて、衛生管理計画を従業員に周知しているか、記録内容を責任者が確認しているか
- 衛生管理記録が営業日の75%以上記録されているか
- お店の整理整頓・清掃などの基本的な衛生管理がしっかり出来ているか ※基本的な衛生管理に不備がある場合には、確認を行いません。

申込先 〒902-0076 那覇市与儀1-3-21 TEL : 098-853-7963 那覇市保健所 生活衛生課 食品衛生グループ 窓口開所時間: 月～金 8:30から17:15まで(12:00から13:00を除く) ※土日祝を除く	お問い合わせ ◆那覇市保健所 生活衛生課 TEL: 098-853-7963 ◆沖縄県食品衛生協会(事業委託先) TEL: 098-871-1523
--	---