

埼玉県食品衛生自主管理優良施設確認申出書（新規・継続）

（宛先）
保健所長

申出者 住所
氏名

〔 法人にあっては、主たる事務所
の所在地、名称及び代表者の氏名 〕

埼玉県食品衛生自主管理優良施設確認制度実施要領第3（第10）の規定により、下記のとおり申出します。

記

- 1 対象業種
- 2 施設の名称
- 3 施設の所在地
- 4 営業施設符号
- 5 埼玉県HP優良施設一覧に掲載できる申出者のURL等
- 6 添付書類（継続にあっては、変更が生じたもののみ）
営業許可書の写し



埼玉県マスコット「コバトン」

〇〇〇〇第□□号
彩の国 ハサップ取組確認施設



施設の名称

(営業施設符号： . .)

施設の所在地

確認業種

有効期限

年 月 日から

年 月 日まで

 **埼玉 県**

様式第 3 号

埼玉県食品衛生自主管理優良施設確認施設変更届

平成 年 月 日

(宛 先)
保健所長

届出者 住 所
氏 名

〔 法人にあっては、主たる事務所
の所在地、名称及び代表者の氏名 〕

下記のとおり変更したので、埼玉県食品衛生自主管理優良施設確認制度実施要領第 9 の規定により届け出ます。

記

確認業種	
施設の名称	
施設の所在地	
営業施設符号	・
変更事項	
変更年月日	年 月 日

添付書類

確認済票 (写し)

様式第 4 号

埼玉県食品衛生自主管理優良施設確認施設返納届

平成 年 月 日

(宛 先)
保健所長

届出者 住 所
氏 名

〔 法人にあっては、主たる事務所
の所在地、名称及び代表者の氏名 〕

埼玉県食品衛生自主管理優良施設確認制度要実施領第 1 2 の規定により、確認済票を返納します。

記

施設の名称	
施設の所在地	
確認業種	
廃止年月日	

添付書類
確認済票