

## 食品衛生関係の優良施設表彰及び衛生功労者表彰要綱

### 第一 目的

県民の日常生活に深い関係のある食品衛生の推進のために、率先して献身的に努力し、その成果が顕著である者の功績を顕彰し、公衆衛生の向上を図る。

### 第二 顕彰の種類

知事顕彰とし、その区分は「優良施設」及び「衛生功労者」の2種類とする。

### 第三 顕彰の対象

次に掲げる者であって、食品衛生の向上に著しく功績のあった者とする。

ただし、過去において、同一功績により知事表彰を受賞した者は除く。

- 1 県内（ただし、地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市を除く。）において、食品衛生法に規定する許可営業又は届出営業を営む者及び従業員
- 2 営業以外の場合で学校、病院その他の施設において継続的に不特定又は多数の者に食品を提供する者及び従業者
- 3 1及び2以外であって、知事が特に認める者

### 第四 顕彰の手続

- 1 県保健所長又は地域保健法（昭和22年法律第101号）第5条第1項の規定に基づく政令で定める市（以下「保健所設置市」という。）の市長は、別に定める推薦基準に基づき、知事顕彰を受けるべき者を選定し、別記様式1（1）から（3）により、知事宛てに推薦するものとする。
- 2 県保健医療部長は、1の推薦に基づき、知事顕彰を受けるべき者について、その資格等を審査し、被顕彰者を決定する。

### 第五 顕彰の方法

- 1 被顕彰者に別記様式2の表彰状を交付して行う。
- 2 表彰には、副賞を添えることができる。

### 第六 顕彰の回数

毎年一回とする。

この要綱は、平成25年6月25日から実施する。

この要綱は、平成26年7月1日から実施する。

この要綱は、令和3年6月1日から実施する。

この要綱は、令和4年5月30日から実施する。

## 推薦基準

顕彰の対象となる者は、次の一から三までに掲げる基準のすべてに該当し、県の事業に協力的な者であること。

なお、推薦基準日は毎年7月1日とする。

### 一 顕彰の区分ごとの基準

#### 1 優良施設

施設及び衛生管理が特に優秀であり、特に模範とすべきもので次の各号に該当するもの。

- (1) 営業年数が10年以上であること。
- (2) 対象となる施設が建築後営業を開始してから3年以上経過していること。
- (3) 過去3年間における食品衛生監視票による施設の採点成績が、旧監視票（昭和49年12月17日付食第700号「食品衛生に関する営業等の許可等の取扱要領」様式第3号の(2)）の平均値は90点以上、新監視票（「食品衛生監視票について」（令和3年3月26日付け薬生食監発0326第5号）別添1）の平均値は85点以上であること。

#### 2 衛生功労者

食品衛生の営業に関し、組織活動の推進、衛生措置の改善に貢献し、その功績が特に顕著である者で、次の何れかに該当する者。ただし、年齢が当該年7月1日で45歳以上であること。

- (1) 食品関係の営業歴が10年以上であること。ただし、従業員にあっては、当該職歴が20年以上であること。
- (2) 食品関係団体における業界の指導育成等の功績に係る事業従事年数が10年以上であること。（生活衛生同業組合に関する功績に係る者は除く。）

### 二 表彰歴に関する基準

過去において県保健所長、保健所設置市長、保健所設置市保健所長、一般社団法人埼玉県食品衛生協会会長又は一般社団法人埼玉県乳業協会会長のいずれかの表彰を受けたことがあること。

### 三 行政処分歴等に関する基準

過去3年間関係法令（食品衛生法及び埼玉県ふぐの取扱い等に関する条例をいう。以下同じ。）の規定に違反し、行政処分を受けたことがないこと、又は関係法令の規定に違反し懲役若しくは罰金に処せられたことがないこと。

### 四 推薦人員

推薦人員は次のとおりとする。

#### 1 優良施設

各保健所の許可施設数を6,000で除して得た数とする。（端数は切上げ）

#### 2 衛生功労者

各保健所の許可施設数を4,000で除して得た数とする。（端数は切上げ）

様式1 (1)

優良施設推薦書

|  |                  |              |              |
|--|------------------|--------------|--------------|
| 推薦順位                                       |                  | 保健所又は市名      |              |
| (ふりがな)<br>施設の屋号又は名称                        |                  |              |              |
| 営業所所在地                                     | 〒                |              |              |
| (ふりがな)<br>営業者の氏名<br>〔法人の場合は、<br>名称及び代表者氏名〕 |                  |              |              |
| 営業の種類                                      |                  |              |              |
| 創業年月日                                      | 年 月 日            | 営業年数         | 年 か月         |
| 施設の建築年月日                                   | 年 月 日            |              | (7月1日現在)     |
| 監視成績<br>〔過去3年の施設の<br>採点成績の平均〕              | 平均監視採点 (旧)       |              | 点            |
|  | 平均監視採点 (新)       |              | 点            |
| 衛生管理状況                                     |                  |              |              |
| 営業歴  | 年 月              | 事 項          |              |
|  | 年 月              |              |              |
|  | 年 月              |              |              |
|  | 年 月              |              |              |
|  | 年 月              |              |              |
|  | 年 月              |              |              |
| 表彰歴  | 年 月              | 表彰名          | 表彰内容         |
|  | 年 月              |              |              |
|  | 年 月              |              |              |
|  | 年 月              |              |              |
| 行政処分歴又は罰歴                                  | 年 月              | 行政処分内容又は処罰内容 | 行政処分の場合は処分庁名 |
|  | 年 月              |              |              |
| 備考   | 営業種別詳細： 建築後営業年数： |              |              |

注意事項

- 1 創業年月日：現在地において営業を開始した年月日（改築、承継、合併等を含む）
- 2 営業年数：創業からの年数
- 3 施設の建築年月日：現施設の建築年月日（設備変更に伴うものは含まない）
- 4 添付書類：施設台帳の写しを添付すること。

様式1 (2)

衛生功労者推薦調書

|                     |                     |              |              |
|---------------------|---------------------|--------------|--------------|
| 推薦順位                |                     | 保健所又は市名      |              |
| (ふりがな)<br>氏名        |                     |              |              |
| 生年月日及び年齢            | 年 月 日生まれ            | 満 歳          | (7月1日現在)     |
| 現住所                 | 〒 電話番号              |              |              |
| (ふりがな)<br>施設の屋号又は名称 |                     |              |              |
| 営業所所在地              |                     |              |              |
| 営業の種類               |                     |              |              |
| 役職名<br>(関係団体における)   |                     |              |              |
| 役員歴<br>(功績に係るもの)    | 年 月                 | 事 項          |              |
|                     | 年 月～ 年 月<br>( 年 か月) |              |              |
|                     | 年 月～ 年 月<br>( 年 か月) |              |              |
| 年 月～ 現在<br>( 年 か月)  |                     |              |              |
| 営業又従事年数             | 年 か月                |              |              |
| 推薦理由                |                     |              |              |
| 表彰歴                 | 年 月                 | 表彰名          | 表彰内容         |
|                     | 年 月                 |              |              |
|                     | 年 月                 |              |              |
|                     | 年 月                 |              |              |
| 行政処分歴又は罰歴           | 年 月                 | 行政処分内容又は処罰内容 | 行政処分の場合は処分庁名 |
|                     | 年 月                 |              |              |
| 備考                  | 営業種別詳細：             |              |              |

添付書類

- 1 様式1 (3) の履歴書を添付すること。
- 2 施設台帳の写しを添付すること

様式1 (3)

履 歴 書

年7月1日現在

|       |   |                        |
|-------|---|------------------------|
|       |   | (ふりがな)                 |
|       |   | 氏 名                    |
|       |   | 生年月日<br>年 月 日生まれ (満 歳) |
| 現 住 所 | 〒 | 電話番号                   |

|            |
|------------|
| 学 歴 (最終学歴) |
|            |
| 職 歴        |
| 年 月        |
| 年 月        |
| 年 月        |
| 年 月        |
| 役員歴        |
| 年 月～ 年 月   |
| 賞罰歴        |
| 年 月        |
| 年 月        |
| 年 月        |
| 年 月        |

様式2 (1)

優良施設

|   |            |
|---|------------|
| 第   | 回埼玉県食品衛生表彰 |
| 表彰状   |            |
| 様   |            |
| の営業施設は食品衛生の管理<br>が優秀であり<br>他の模範となります<br>よってここに表彰します |            |
| 年 月 日   |            |
| 埼玉県知事 印   |            |

様式2 (2)

衛生功労者

|  |            |
|--|------------|
| 第  | 回埼玉県食品衛生表彰 |
| 表彰状  |            |
| 様  |            |
| あなたは多年にわたり食品衛生の<br>向上に寄与されましたその功績は<br>誠に顕著であります<br>よってここに表彰します |            |
| 年 月 日  |            |
| 埼玉県知事 印  |            |