

指定成分等含有食品の健康被害情報届

年 月 日

（届出先）  
横浜市保健所長

住 所

届出者

氏 名

〔 法人の場合は、名称・  
代表者の役職・氏名 〕

電 話

（製造・加工・販売・輸入）した指定成分等含有食品が人の健康に被害を生じ、又は生じさせるおそれがある旨の情報を得ましたので、食品衛生法第8条第1項の規定に基づき、別添様式「健康食品との関連が疑われる健康被害情報提供票」のとおり届け出ます。

（注）製品に関する資料（製品の画像、食品表示の写し、製造方法の概要を記載した書類（製造品名、原材料の種類及び配合分量、製造工程、製造数量等を記載したもの）等）や健康被害情報に関する資料等、参考資料や追加情報を適宜添付してください。

### 健康食品との関連が疑われる健康被害情報提供票

<b>会社名</b>		<b>都道府県名 (保健所名)</b>	
<b>担当者名</b>		※事業者が情報提供者への聞き取りにあたって使用する場合は記載不要	
<b>所在地</b>			
<b>電話番号</b>		<b>情報受付日</b>	
<b>情報提供者</b>	<input type="checkbox"/> 摂取者本人 <input type="checkbox"/> 摂取者の家族等 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		

○:1つのみ選択 □:複数選択可

該当する健康食品にチェックしてください			
○	特定保健用食品	許可番号	
○	機能性表示食品	届出番号	
○	栄養機能食品		
○	その他のいわゆる「健康食品」		
食品衛生法第8条に基づく指定成分等含有食品に該当するか	○ はい                      ○ いいえ		
	<small>はいの場合:</small> <input type="checkbox"/> コレウス・フォルスコリー <input type="checkbox"/> ドオウレン <input type="checkbox"/> プエラリア・ミリフィカ <input type="checkbox"/> ブラックコホシュ		
食品衛生法施行規則別表第17の第9のハに基づく情報の提供(義務対象)に該当するか	○ はい                      ○ いいえ		
	<small>はいの場合:</small> <input type="checkbox"/> 重篤事例 <input type="checkbox"/> 概ね30日以内に同じ所見の症例が複数発生している		
	<small>概ね30日以内に同じ所見の症例が複数発生している場合:</small> <input type="checkbox"/> この健康被害情報提供票が1例目である。(同日に複数の情報提供をする場合の1件目の提出) <input type="checkbox"/> 同じ所見の症例の健康被害情報提供票を既に提出している。		
	↓ 1例目の症例を提出した際の整理番号		○ 整理番号不明
		健康被害を診断した医療機関名を知った日	○ 情報受付日に同じ
指定成分等含有食品である場合	指定成分等及び管理成分の1日摂取目安量		
		成分等の名称	1日摂取目安量(μg/mg/g)
	1		
	2		
	3		
	4		
			○ 不明
以下のいずれかの健康食品である場合 ・特定保健用食品 ・機能性表示食品	関与成分等の1日摂取目安量		
		関与成分等名	1日摂取目安量(μg/mg/g/個)
	1		
	2		
	3		
	4		
その他			
			○ 不明

1. 該当する製品情報

製品名			
製品形状	<input type="radio"/> 錠剤 <input type="radio"/> カプセル <input type="radio"/> 液剤 <input type="radio"/> 粉末・顆粒 <input type="radio"/> グミ <input type="radio"/> その他の加工食品( ) <input type="radio"/> 生鮮食品 <span style="float: right;"><input type="radio"/> 不明</span>		
原材料名 (表示順に全て記入)  <small>※「7. 添付ファイル」に製品画像を添付することで記載省略可</small>			<input type="radio"/> 不明
製造者名			<input type="radio"/> 不明
製造者所在地			<input type="radio"/> 不明
製造者電話番号			<input type="radio"/> 不明
販売者名			<input type="radio"/> 製造者と同じ <input type="radio"/> 不明
販売者所在地			<input type="radio"/> 製造者と同じ <input type="radio"/> 不明
販売者電話番号			<input type="radio"/> 製造者と同じ <input type="radio"/> 不明
製造所名			<input type="radio"/> 製造者と同じ <input type="radio"/> 不明
製造所所在地			<input type="radio"/> 製造者と同じ <input type="radio"/> 不明
製造所電話番号			<input type="radio"/> 製造者と同じ <input type="radio"/> 不明
ロット番号	<input type="radio"/> 不明 (理由: )		
製品の1日当たり摂取目安量			<input type="radio"/> 不明
購入日	消費/賞味期限 其他( ) <input type="radio"/> 不明	▼選択▼ 其他( ) <input type="radio"/> 不明	
当該製品の販売数量	<input type="checkbox"/> 累計の販売数 ( ) 販売期間( ) ~ ( ) <input type="checkbox"/> 同ロットの販売数( ) 販売期間( ) ~ ( ) <input type="checkbox"/> 不明		
類似例の情報提供	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 <small>ある場合その詳細:</small> 		



<b>1日摂取量</b>	<input type="checkbox"/> 製品に表示されている摂取目安量のとおり <input type="checkbox"/> 摂取目安量より少量 (具体的に: _____ ) <input type="checkbox"/> 過量 (具体的に: _____ ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____ ) <input type="checkbox"/> 不明		
<b>基礎疾患・既往歴</b>	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		
	ありの場合: <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病(高血圧症を除く) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 膠原病・自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> がん(部位: _____ ) <input type="checkbox"/> その他及び上記選択肢の詳細情報: 病名を下記に記載して下さい。		
	1	_____	
	2	_____	
	3	_____	
	4	_____	
<b>アレルギーの有無</b>	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		
	ありの場合: <input type="checkbox"/> 薬アレルギー(薬の種類: _____ ) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(食品の種類: _____ ) <input type="checkbox"/> 接触アレルギー(アレルギー源: _____ ) <input type="checkbox"/> 季節性アレルギー/花粉症等(アレルギー源: _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明    ※女性の場合のみ選択してください		
	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明    ※女性の場合のみ選択してください		
	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		
<b>ある場合</b>	<b>医薬品名</b>	<b>使用目的</b>	<b>使用開始日</b>
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
	11		
	12		
	13		
	14		
15			

併用している他の健康食品		○ あり      ○ なし      ○ 不明			
ある場合		製品名	製造者名等	摂取目的	摂取開始日
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
10					

### 3. 受診情報

医療機関受診		○ あり      ○ なし      ○ 不明		
* 今回の症状のために受診した医療機関 (3つ以上ある場合は「6. その他」の備考欄に記載)	医療機関名・診療科:	○ 不明		
	所在地:	○ 不明		
	受診日:	○ 不明		
	受診理由:	○ 不明		
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名・診療科:	○ 不明		
	所在地:	○ 不明		
	受診日:	○ 不明		
	受診理由:	○ 不明		
重篤度	○ 軽微      ○ 軽度      ○ 中等度以上      ○ 死亡      ○ 不明			
<p>重篤度の記載については、次の①から④までを参考に記入すること。ただし、入院治療を受けた場合であって、医師が重篤ではないと判断した症例は、②として取り扱い、一方で、入院治療を受けていない場合であって、医師が重篤と判断した症例は、③として取り扱う。</p> <p>①軽 微: 摂取者が、医療機関を受診していない場合又は医療機関を受診したが治療を受けなかった場合            ②軽 度: 摂取者が、医療機関において外来治療を受けた場合(入院治療を受けた場合を除く)            ③中等度以上: 摂取者が、医療機関において入院治療を受けた場合            ④死 亡: 摂取者が、死亡した場合</p>				
転帰	○ 自然治癒      ○ 外来治療で治癒      ○ 入院治療で治癒      ○ 未回復      ○ 不明			



5. 届出状況

情報提供者が報告者以外へ報告しているか	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
ある場合その報告先	<input type="checkbox"/> 事業者(販売者、製造者等) (事業者名: _____ ) <input type="checkbox"/> 自治体(自治体名: _____ ) <input type="checkbox"/> その他( _____ )

6. その他

<p style="text-align: center;"><b>備考欄</b></p> <p>(消費/賞味期限切れ、保存状態の不備等に関する補足情報や、本様式に該当箇所がないものの特記すべきが望ましいと判断される情報等(詳細な症状経過等、死因(死亡事例の場合)、医薬品成分等の分析結果(※)等)あれば、こちらに記載してください)</p> <p>※「7. 添付ファイル」に資料を添付することで記載省略可</p>	
添付資料の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし

## 7. 添付ファイル

原材料名・含有量・配合量	
その他添付資料①	
その他添付資料②	
その他添付資料③	
その他添付資料④	
その他添付資料⑤	

注1) 事業者におかれては、情報収集している主治医に対して、保健所から血液検査結果、カルテ、退院サマリー等の医療情報の提供依頼が来る可能性があることをお伝えいただけると幸いです。

注2) 都道府県等(保健所)におかれては、摂取者の了承のもと医療機関から医療情報を入手された場合は、氏名・連絡先をマスキングしたうえで当該データを添付いただけると幸いです。

<行政コメント・資料欄>

第2号様式（第3条）

製品検査申請書（検査命令に基づく製品検査用）

年 月 日

（申請先）

横浜市保健所長

申請者 住 所

〔法人の場合は、名称・  
代表者の氏名〕 フリガナ

氏 名

電 話

食品衛生管理者 氏 名  
（食品衛生責任者）

次のとおり食品衛生法第26条第1項に規定する製品検査を受けたいので申請します。

製 品 の 名 称		
製造所又は加工所	所在地	電話
	フリガナ 名 称	
製造又は加工年月日		年 月 日
ロ ッ ト 番 号		第 号
申 請 数 量		

（注意） この申請書は、製造所又は加工所の所在地を所管する福祉センターに提出してください。

（A4）

第3号様式（第4条）

第3号様式による用紙で封印します。

（許可なく、みだりにこれをはがしてはいけません。）

年 月 日 封印

横浜市保健所 福祉保健センター

食品衛生監視員

（A5）

第4号様式（第6条第1項第2号）

食品衛生責任者養成講習会指定申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市保健所長

住 所

申請者

団 体 名

代表者氏名

電話 ( )

食品衛生法施行細則第4条第1項第1号の規定により、講習会の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

講習会の開催団体名 及び代表者氏名	
講習会の開催日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分
講習会の開催場所	
受講者予定人数	人
講 師	
受講料を徴収する場合はその額	
備 考	

- (注) 1 開催団体名の欄には、協賛団体、後援団体があればその団体名も記載してください。  
2 講習会受講修了者に交付する食品衛生責任者養成講習会修了証の様式を添付してください。  
3 eラーニング方式による場合、講習会の開催日時記載欄には開催期間を、該当がない項目には斜線を記載し、講習会の詳細が確認できる資料を添付してください。

(A4)

食品衛生責任者養成講習会実施報告書

年 月 日

(報告先)

横浜市保健所長

住 所

報告者

団 体 名

代表者氏名

電話 ( )

食品衛生法施行細則第4条第1項第1号に規定する講習会を次のとおり実施したので報告します。

講習会の開催日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分
講習会の開催場所	
受講人数	人
講師	
受講料を徴収した場合はその額	
備考	

(注) eラーニング方式による場合、講習会の開催日時記載欄には開催期間を、講習会の開催場所記載欄にはeラーニングで開催した旨を、講師記載欄には斜線を記載してください。

(A4)

第6号様式（第7条第2項第1号）

食品衛生責任者実務講習会指定申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市保健所長

住 所

申請者

団 体 名

代表者氏名

電話 ( )

食品衛生法施行細則第4条第2項第1号の規定により、講習会の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

講習会の開催団体名	
講習会の名称	
講習会の開催日時	年 月 日 時 分～ 時 分
講習会の開催場所	
講習会の周知方法	
受講者予定人数	人
講習内容及び講習時間	( 時間)
講師	
受講料を徴収する場合はその額	
備 考	

- (注) 1 開催団体名の欄には、協賛団体、後援団体があればその団体名も記載してください。  
2 eラーニング方式による場合、講習会の開催日時記載欄には開催期間を、講習会の開催場所及び講師記載欄には斜線を、備考記載欄に講習会の概要を記載してください。

(A4)



横浜市保健所長

整理番号：  
※届出者による記載は不要です。

### 食品衛生管理者選任（変更）届

次のとおり、食品衛生管理者を選任（変更）したので、食品衛生法第48条第8項の規定により届け出ます。

（※営業許可申請書に添付する場合であって、内容が重複する項目（色付き項目）は記載を省略することができます。）

届出者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		法人番号：
	届出者住所 ※法人にあつては、所在地  (ふりがな)		
	届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名  年 月 日生		
施設情報	施設の所在地  (ふりがな)		
	施設の名称、屋号、商号		
食品衛生法施行令第13条に規定する食品又は添加物の別		<input type="checkbox"/> ①全粉乳（容量が1,400グラム以下である缶に収められたもの） <input type="checkbox"/> ②加糖粉乳 <input type="checkbox"/> ⑤魚肉ハム <input type="checkbox"/> ⑧食用油脂（脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの） <input type="checkbox"/> ③調製粉乳 <input type="checkbox"/> ⑥魚肉ソーセージ <input type="checkbox"/> ⑨マーガリン <input type="checkbox"/> ⑪添加物（法第13条第1項の規定により規格が定められたもの） <input type="checkbox"/> ④食肉製品 <input type="checkbox"/> ⑦放射線照射食品 <input type="checkbox"/> ⑩ショートニング	
食品衛生管理者情報	氏名	(ふりがな)  年 月 日生	
	住所		
	職名		
	職種		
	職務内容		
	選任（変更）年月日	年 月 日	
変更の場合	旧食品衛生管理者氏名	添付書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 資格等を証する書面 <input type="checkbox"/> 営業者に対する関係を証する書面
備考	(ふりがな)		電話番号
	担当者氏名		

横浜市保健所長

整理番号：  
※申請者による記載は不要です。

## 営業許可申請書

食品衛生法（第55条第1項）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

※ 以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。  
申請者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 □）

※ 「食品衛生法に基づく営業許可申請、営業届出等の個人情報の取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 □）

申請者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	申請者住所 ※法人にあっては、所在地		
	(ふりがな)	生年月日	※申請者が個人の場合
	申請者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名	年 月 日生	
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地		
	(ふりがな)		
	施設の名称、屋号又は商号		
	(ふりがな)	資格の種類	食監・食管・調・製・栄・管栄・船舶・と畜・食鳥・その他
	食品衛生責任者の氏名	受講した講習会 ※食品衛生責任者 養成講習会等を 受講した場合	講習会名称： 受講日： 年 月 日
		資格の番号	
	主として取り扱う食品、添加物	自由記載 ※左欄について 補足があれば記載	
	自動販売機の型番※、全自動調理機の型番 ※調理機能を有する自動販売機による営業の場合	業態 ※飲食店営業の場合（和食店、中華料理店、居酒屋等）	
HACCPの取組	※引き続き営業許可を受けようとする場合に限り。 ただし、複合型そうざい製造業、複合型冷凍食品製造業の場合は新規の場合を含む。 <input type="checkbox"/> HACCPに基づく衛生管理 <input type="checkbox"/> HACCPの考え方を取り入れた衛生管理		
応じた情報	指定成分等含有食品を取り扱う施設	<input type="checkbox"/>	
	輸出食品取扱施設 ※この申請の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。	<input type="checkbox"/>	
担当者	(ふりがな)	電話番号	
	担当者氏名		

- 申請者が個人の場合は、住所、氏名及び生年月日が確認できる公の証明書（住民票、運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）を提示してください。
- 食品衛生責任者の資格を証明する書類（調理師等の免許証、食品衛生責任者養成講習会の修了証など）を提示してください。
- 食品又は添加物を製造する営業にあっては、製造方法の概要を記載した書類（製造品名、原材料の種類及び配合分量、製造工程、製造数量等を記載したもの）を添付してください。
- 自動車による営業の場合は、業務計画を記載した書類（当該自動車を取り扱う品目、数量、調理又は製造工程、使用する水の量等を記載したもの）を添付し、車台番号が確認できる書類（自動車検査証等）を提示してください。営業に使用する自動車とは別に当該営業に使用する食品取扱施設（仕込み場所等）がある場合は、当該施設の営業許可証の写しを添付してください。

申請者情報	法第55条第2項関係			該当には <input checked="" type="checkbox"/>		
	(1) 食品衛生法又は同法に基づく処分に違反して刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過していないこと。			<input type="checkbox"/>		
	(2) 食品衛生法第59条から第61条までの規定により許可を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過していないこと。			<input type="checkbox"/>		
(3) 法人であつて、その業務を行う役員のうち(1)(2)のいずれかに該当する者があるもの。			<input type="checkbox"/>			
営業施設情報	食品衛生法施行令第13条に規定する食品又は添加物の別		<input type="checkbox"/> ①全粉乳(容量が1,400グラム以下である缶に収められたもの) <input type="checkbox"/> ②加糖粉乳 <input type="checkbox"/> ⑤魚肉ハム <input type="checkbox"/> ⑧食用油脂(脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの) <input type="checkbox"/> ③調製粉乳 <input type="checkbox"/> ⑥魚肉ソーセージ <input type="checkbox"/> ⑨マーガリン <input type="checkbox"/> ⑩添加物(法第13条第1項の規定により規格が定められたもの) <input type="checkbox"/> ④食肉製品 <input type="checkbox"/> ⑦放射線照射食品 <input type="checkbox"/> ⑩ショートニング			
	(ふりがな)		資格の種類			
	食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者選任(変更)届」も別途必要		受講した講習会 ※食品衛生管理者登録講習会を受講した場合 講習会名称： 受講日：			
	使用水の種類		自動車による営業 <input type="checkbox"/> 関係自治体への申請情報の提供に関する同意 <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 専用水道 <input type="checkbox"/> 簡易専用水道 <input type="checkbox"/> 小規模受水槽水道 <input type="checkbox"/> 簡易給水水道 <input type="checkbox"/> その他の飲用に適する水( )		自動車登録番号 車台番号 仕込み場所等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
業種に応じた情報	飲食店のうち簡易飲食店営業の施設		<input type="checkbox"/>	飲食店のうち従事者が常駐せず全自動調理機により調理された食品を販売する営業	<input type="checkbox"/>	
	ふぐの処理を行う施設		<input type="checkbox"/>	生食用食肉の加工又は調理を行う施設		<input type="checkbox"/>
	(ふりがな)		ふぐ包丁師氏名 ※ふぐを処理する営業の場合		免許番号	
添付書類	<input type="checkbox"/> 施設の構造及び設備を示す図面 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水質検査の結果(その他の飲用に適する水を使用する場合) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
営業許可業種	台帳番号	許可の番号及び許可年月日	営業の種類		備考	
	1	横浜市 指令第 号 年 月 日				
	2	横浜市 指令第 号 年 月 日				
	3	横浜市 指令第 号 年 月 日				
	4	横浜市 指令第 号 年 月 日				
備考					《受付印》	
	《事務処理欄》 <input type="checkbox"/> 申請者公的証明書 <input type="checkbox"/> 責任者資格要件 <input type="checkbox"/> 車検証  営業開始予定日： 年 月 日 調査予定日： 年 月 日					

第10号様式（第11条）

年 月 日

営 業 許 可 証

横浜市保健所長



営業者の氏名  
（法人の場合は、名称）

施設の所在地  
（自動車を利用して行う営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）

営業所の名称

営業の種類

営業許可年月日

営業許可番号

営業許可期限

その他

(A4)

横浜市保健所長

## 営業許可証再交付申請書

営業許可証の再交付を受けたいので、食品衛生法施行細則第8条の規定により申請します。

申請者情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：	
	電子メールアドレス：				法人番号：	
	申請者住所 ※法人にあつては、所在地					
	(ふりがな)					
	申請者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名					
営業施設情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：	
	電子メールアドレス：					
	施設の所在地					
	(ふりがな)					
	施設の名称、屋号又は商号					
自動車登録番号及び車台番号 ※自動車による営業の場合						
営業許可業種		台帳番号	許可の番号及び許可年月日	営業の種類		備考
	1		横浜市 指令第 号 年 月 日			
	2		横浜市 指令第 号 年 月 日			
	3		横浜市 指令第 号 年 月 日			
	4		横浜市 指令第 号 年 月 日			
理由						
担当者	(ふりがな)				電話番号	
	担当者氏名					
備考						《受付印》
	《事務処理欄》					

第12号様式（第13条）

（表）

食 品 衛 生 責 任 者 票

責任者番号

様

営業所の所在地

台帳番号

営業所の名称

許可年月日又は届出年月日

営業の種類又は形態

（縦 14.8センチメートル、横 10.0センチメートル）

(裏)

食 品 衛 生 責 任 者 講 習 会 受 講 記 録

年	月	日

食品衛生に関する新たな知見を習得するため、年1回以上、食品衛生責任者講習会を受講しましょう。

整理番号：  
※申請者、届出者による記載は不要です。

横浜市保健所長

## 地位承継届

次のとおり、許可（届出）営業者の地位を承継（譲渡・相続・合併・分割）したので、食品衛生法（第56条第2項・第57条第2項）の規定に基づき届け出ます。

- ※ 以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。  
申請者又は届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 ）
- ※ 「食品衛生法に基づく営業許可申請、営業届出等の個人情報の取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 ）
- ※ 承継する施設が輸出食品取扱施設の場合、申請等の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。

地位を承継する者の情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	届出者住所 ※法人にあつては、所在地		
	(ふりがな)	生年月日 ※届出者が個人の場合	年 月 日生
届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名	被相続人との続柄 ※相続による承継の場合		
譲渡による承継の場合	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	譲渡した者の氏名（法人にあつてはその名称及び代表者の氏名）	(ふりがな)	
	譲渡した者の住所（法人にあつてはその所在地）		
	譲渡年月日	年 月 日	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 譲渡が行われたことを証する書類 (・譲渡契約書の写し等、当事者による譲渡の意思と譲渡の事実が最低限確認できるもの。 ・法人成りの場合は、当該個人事業主と法人成り後の法人との譲渡契約書の写し等。)	
相続による承継の場合	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	被相続人の氏名	(ふりがな)	
	被相続人の住所		
	相続開始年月日	年 月 日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 又は <input type="checkbox"/> 法定相続情報一覧図の写し <input type="checkbox"/> 同意書（相続人が二人以上いる場合）		
合併による承継の場合	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	合併により消滅した法人の名称及び代表者氏名	(ふりがな)	
	合併により消滅した法人の所在地		
	合併年月日	年 月 日	

分割による承継の場合	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：	
	電子メールアドレス：		法人番号：	
	分割前の法人の名称及び代表者の氏名	(ふりがな)		
	分割前の法人の所在地			
	分割年月日	年	月	日
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：	
	電子メールアドレス：			
	施設の所在地			
	(ふりがな)			
	施設の名称、屋号、商号（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）			
	台帳番号	許可の番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類又は形態	備考
		横浜市 指令第 号 年 月 日		
	横浜市 指令第 号 年 月 日			
	横浜市 指令第 号 年 月 日			
	横浜市 指令第 号 年 月 日			
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：	
	電子メールアドレス：			
	施設の所在地			
	(ふりがな)			
	施設の名称、屋号、商号（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）			
	台帳番号	許可の番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類又は形態	備考
		横浜市 指令第 号 年 月 日		
	横浜市 指令第 号 年 月 日			
	横浜市 指令第 号 年 月 日			
	横浜市 指令第 号 年 月 日			
備考	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;">           《受付印》         </div>			

- 1 届出者が個人である許可営業の場合、届出者の住所、氏名の変更の場合は、住所、氏名が確認できる公の証明書(住民票、運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等)を提示してください。
- 2 承継した営業許可又は届出事項について、地位を承継する者の情報以外の変更がある場合は、地位承継届と同時に営業許可申請事項・営業届出事項変更届(第15号様式)を提出してください。
- 3 営業許可証の記載事項に変更がある場合は、現に交付されている営業許可証を添付してください。

横浜市保健所長

整理番号：  
※届出者による記載は不要です。

## 営業届

食品衛生法（第57条第1項）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

※ 以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。（個人情報を除く。）  
届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 ）

※ 「食品衛生法に基づく営業許可申請、営業届出等の個人情報の取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 ）

届出者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	届出者住所 ※法人にあつては、所在地		
	(ふりがな)	生年月日	※届出者が個人の場合
届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名		年 月 日生	
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	施設の所在地	
	(ふりがな)	施設の名称、屋号又は商号	
	(ふりがな)	資格の種類	食監・食管・調・製・栄・管栄・船舶・と畜・食鳥・その他
	食品衛生責任者の氏名 ※器具又は容器包装を製造する営業者を除く。	受講した講習会 ※食品衛生責任者 養成講習会等を 受講した場合	講習会名称： 受講日： 年 月 日
		資格の番号	
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装	自由記載 ※左欄について 補足があれば記載	
	自動販売機の型番、全自動調理機の型番	自動車による営業 <input type="checkbox"/>	関係自治体への申請情報の 提供に関する同意 <input type="checkbox"/>
		自動車登録番号	車台番号
	HACCPの取組	<input type="checkbox"/> HACCPに基づく衛生管理 <input type="checkbox"/> HACCPの考え方を取り入れた衛生管理	
業種 情報に 応じた	指定成分等含有食品を取り扱う施設	<input type="checkbox"/>	
	輸出食品取扱施設 ※この届出の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。	<input type="checkbox"/>	
営業届出	営業の形態		備考
	1		
	2		
	3		
担当者	(ふりがな) 担当者氏名	電話番号	《受付印》
	《事務処理欄》 <input type="checkbox"/> 責任者資格要件 営業開始予定日： 年 月 日 調査予定日： 年 月 日		

1 食品衛生責任者の資格を証明する書類(調理師等の免許証、食品衛生責任者養成講習会の修了証など)を提示してください。

2 届出の業種が集団給食施設の場合は、施設の構造及び設備を示す図面を添付してください。

※変更がある項目の項目名を○で囲んでください。  
※色の付いた枠内については、変更がある項目のみ記載して下さい。

整理番号：  
※申請者、届出者による記載は不要です。

横浜市保健所長

## 営業許可申請事項・営業届出事項変更届

食品衛生法施行規則（第71条）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

- ※ 以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。  
申請者又は届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 □）  
※ 「食品衛生法に基づく営業許可申請、営業届出等の個人情報の取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 □）

申請者・届出者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	申請者・届出者住所 ※法人にあつては、所在地		
	(ふりがな)	生年月日	※申請者・届出者が個人の場合
	申請者・届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名		年 月 日生
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地		
	(ふりがな)		
	施設の名称、屋号又は商号		
	(ふりがな)	資格の種類	食監・食管・調・製・栄・管栄・船舶・と畜・食鳥・その他
	食品衛生責任者の氏名	受講した講習会 ※食品衛生責任者 養成講習会等を 受講した場合	講習会名称： 受講日： 年 月 日
		資格の番号	
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装	自由記載	
		※左欄について 補足があれば記載	
自動販売機の型番、全自動調理機の型番	業態	※飲食店営業の場合（和食店、中華料理店、居酒屋等）	
HACCPの取組	<input type="checkbox"/> HACCPに基づく衛生管理 <input type="checkbox"/> HACCPの考え方を取り入れた衛生管理		
業種に 応じた 情報	指定成分等含有食品を取り扱う施設	<input type="checkbox"/>	
	輸出食品取扱施設 ※この申請等の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。	<input type="checkbox"/>	
営業届出	営業の形態（届出営業のみ ※許可営業の場合は記載は不要です）		備考
	1		
	2		
	3		
担当者	(ふりがな)	電話番号	
	担当者氏名		

- 施設の構造及び設備の変更の場合は、変更後の施設の構造及び設備を示す図面を添付してください。
- 許可営業の申請者の住所、氏名の変更の場合は、住所、氏名が確認できる公の証明書（住民票、運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）を提示してください。（申請者が個人の許可営業の場合のみ）
- 食品衛生責任者の変更の場合は、食品衛生責任者の資格を証明する書類（調理師等の免許証、食品衛生責任者養成講習会の修了証など）を提示してください。
- 営業許可証の記載事項に変更がある場合は、現に交付されている営業許可証を添付してください。

【裏面：許可営業のみ】 ※届出営業の場合は、この面の変更事項欄のみ記載してください

申請者情報	法第55条第2項関係			該当には <input checked="" type="checkbox"/>
	(1)	食品衛生法又は同法に基づく処分に違反して刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過していないこと。		<input type="checkbox"/>
	(2)	食品衛生法第59条から第61条までの規定により許可を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過していないこと。		<input type="checkbox"/>
	(3)	法人であつて、その業務を行う役員のうち(1)(2)のいずれかに該当する者があるもの。		<input type="checkbox"/>
営業施設情報	食品衛生法施行令第13条に規定する食品又は添加物の別		<input type="checkbox"/> ①全粉乳（容量が1,400グラム以下である缶に収められたもの） <input type="checkbox"/> ②加糖粉乳 <input type="checkbox"/> ⑤魚肉ハム <input type="checkbox"/> ⑧食用油脂（脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの） <input type="checkbox"/> ③調製粉乳 <input type="checkbox"/> ⑥魚肉ソーセージ <input type="checkbox"/> ⑨マーガリン <input type="checkbox"/> ⑩添加物（法第13条第1項の規定により規格が定められたもの） <input type="checkbox"/> ④食肉製品 <input type="checkbox"/> ⑦放射線照射食品 <input type="checkbox"/> ⑩ショートニング	
	(ふりがな)		資格の種類	
	食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者選任（変更）届」も別途必要		受講した講習会 ※食品衛生管理者登録講習会を受講した場合 講習会名称： 受講日：	
	使用水の種類		自動車による営業 <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 専用水道 <input type="checkbox"/> 簡易専用水道 <input type="checkbox"/> 小規模受水槽水道 <input type="checkbox"/> 簡易給水道 <input type="checkbox"/> その他の飲用に適する水（ ）		関係自治体への申請情報の提供に関する同意 <input type="checkbox"/> 自動車登録番号 仕込み場所等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
業種に応じた情報	飲食店のうち簡易飲食店営業の施設		<input type="checkbox"/>	飲食店のうち従事者が常駐せず全自動調理機により調理された食品を販売する営業 <input type="checkbox"/>
	ふぐの処理を行う施設			生食用食肉の加工又は調理を行う施設 <input type="checkbox"/>
	(ふりがな)			
	ふぐ包丁師氏名 ※ふぐを処理する営業の場合		免許番号	
添付書類	<input type="checkbox"/> 施設の構造及び設備を示す図面 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水質検査の結果（その他の飲用に適する水を使用する場合） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
営業許可業種	台帳番号	許可の番号及び許可年月日	営業の種類	備考
	1	横浜市 指令第 号 年 月 日		
	2	横浜市 指令第 号 年 月 日		
	3	横浜市 指令第 号 年 月 日		
4	横浜市 指令第 号 年 月 日			
変更事項	【変更事項】			《受付印》
	【変更前の内容】			
	【変更年月日】 年 月 日			
《事務処理欄》				調査予定日： 年 月 日
<input type="checkbox"/> 申請者公的証明書 <input type="checkbox"/> 責任者資格要件 <input type="checkbox"/> 車検証				

横浜市保健所長

## 廃業届

食品衛生法施行規則（第71条の2）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

※ 以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。

申請者又は届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 ）※ 「食品衛生法に基づく営業許可申請、営業届出等の個人情報の取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 ）

申請者・届出者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：	
	電子メールアドレス：		法人番号：	
	申請者・届出者住所 ※法人にあつては、所在地			
	(ふりがな)	生年月日	※申請者・届出者が個人の場合	
申請者・届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名	年 月 日生			
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：	
	電子メールアドレス：			
	施設の所在地			
	(ふりがな)			
施設の名称、屋号又は商号				
営業許可・届出業種	台帳番号	許可の番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類又は形態	備考
	1	横浜市 指令第 号 年 月 日		
	2	横浜市 指令第 号 年 月 日		
	3	横浜市 指令第 号 年 月 日		
	4	横浜市 指令第 号 年 月 日		
営業施設情報	自動車登録番号及び車台番号 ※自動車による営業の場合			
廃業年月日				
担当者	(ふりがな) 担当者氏名	電話番号	《受付印》	
備考				

1 許可営業の場合は、営業許可証を添付してください。

2 廃業の理由が営業者の死亡又は法人の解散による場合は、備考欄にその旨と廃業の届出者の住所、氏名及び連絡先を記入してください。

横浜市保健所長  
横浜市中央卸売市場本場食品衛生検査所長

整理番号：  
届出者による記載は不要です。

※食品表示法に関する自主回収の場合は、食品関連事業者の主たる事務所に所管する都道府県知事等又は消費者庁長官宛て

## 自主回収届（着手/変更/終了）

※変更、終了を届け出る場合は、変更箇所のみ記載してください。なお、色付け箇所は変更等がない場合も記載してください。色付け箇所を変更する場合は、変更箇所がわかるように丸印をつけてください。

回収委託先情報（赤枠内）については営業者（届出者）が回収の事務を他の者に指示し、又は委託した場合は記載してください。

食品衛生法第58条第1項  食品表示法第10条の2の規定に基づき、次のとおり食品等の自主回収を届出します。  
※「食品衛生法に基づく営業許可申請、営業届出等の個人情報の取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。  
(チェック欄 )

届出者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	届出者住所 ※法人にあつては、主たる事務所の所在地		
	(ふりがな)		
届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名 ※食品表示法に関する自主回収の場合は表示に責任を有する者			
回収担当部門	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	回収担当部門所在地		
	回収担当部門・担当者氏名（ふりがな） ※食品表示法に関する自主回収の場合は表示に責任を有する者		
回収委託先情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	委託事業者住所 ※法人にあつては、主たる事務所の所在地		
	(ふりがな)		
委託事業者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名			
製造所又は加工所情報（注）	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	製造所又は加工所の所在地		
	(ふりがな)		
製造所又は加工所の名称（屋号、商号は追記してください） ※法人にあつては、その名称			
回収する食品等の情報等	食品等の一般名称：	商品名：	
	食品等の特定情報（形態、内容量、消費期限、賞味期限、JANコード、製造番号、ロット番号、表示事項、出荷者、農場等） ※多数ある場合は、別紙にリストを添付して下さい。		
	回収の理由	内容	
	<input type="checkbox"/> ①食品衛生法に違反 <input type="checkbox"/> ②食品衛生法に違反するおそれ <input type="checkbox"/> ③食品表示法に違反 <input type="checkbox"/> ④食品表示法に違反するおそれ		

(注) 一次産品の場合は、出荷者等の営業所等の情報 (注) 輸入品の場合は、輸入業者の営業所等の情報

回収着手時点における販売状況（販売地域、販売先、販売日、販売数量等）※多数ある場合は、別紙にリストを添付して下さい。

回収に着手した年月日 年 月 日

回収の方法（回収方法、回収情報の周知方法、問合せ先、回収品の保管場所、回収後の対応、回収終了予定等）

回収状況（販売数量に対する回収数量、回収終了等）※届出時点

健康被害の発生状況（生命又は身体に対する危害の発生の有無）

健康への危険の程度※都道府県等において記載

内容※都道府県等において記載

画像（商品の全体がわかる画像、表示（食品関連事業者、製造所・加工所、消費期限、賞味期限、JANコード、製造番号・ロット番号等）

※多数ある場合は、別紙にリストを添付して下さい。

備考

回収する食品等の情報等

担当者  
(ふりがな)  
担当者氏名

電話番号