

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

次のとおり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
旨の情報を得たので、届け出ます。

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た日				
指定成分等含有食品の製品名				
指定成分等の含有量				
健康被害を受けた者	性 別		年 齢	
	指定成分等含有食品の摂取状況			
	健康被害に係る症状			
	受診している医療機関の名称及び所在地			
	医療機関における診断結果			
	指定成分等含有食品の摂取時に使用していた医薬品等の名称			
その他必要な事項				

（備考）「健康被害を受けた者」欄は、指定成分等含有食品が人の健康に被害を生じさせるおそれがある場合の届出又は指定成分等含有食品による健康被害を受けた者がその情報の提供を拒否していることその他の事情により、当該者から情報を得ることが困難な場合には、記載が不要です。

別添

健康食品の摂取に伴う有害事象情報提供票			送付枚数
報告者氏名 (役職)		会社名 (部署名)	
所在地		電話番号 FAX番号	
情報受付日	_____年 ____月 ____日		
情報提供者	摂取者本人 ・ 摂取者の家族等 ・ 医療機関 ・ その他 (

該当箇所にチェックまたは空欄に記入してください(複数回答可)。
 「指定成分等を含む食品」の場合、*のついている項目は必須ですので必ず記入し、それ以外の項目においては、可能な範囲で情報を収集してください。
 「それ以外の健康食品」においては、可能な範囲で情報を収集してください。

指定成分等	<input type="checkbox"/> 含有あり	* 指定成分等名 :	
		* 指定成分等の1日摂取目安量 :	(μ g/mg/g)
		* 管理成分の1日摂取目安量 :	(μ g/mg/g)
	<input type="checkbox"/> 含有なし		
<input type="checkbox"/> 不明			

1. 症状

* 症状・主訴	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> かゆみ・発疹 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 不正性器出血 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 月経不順	<input type="checkbox"/> 臨床検査値の異常 具体的な項目： <input type="checkbox"/> その他 具体的な訴え：
	* 症状発現日	_____年 ____月 ____日 (頃) または 摂取 ____日 (頃) <input type="checkbox"/> 不明

2. 該当する製品情報

* 製品名							
* 製品形状	錠剤	<input type="checkbox"/> カプセル	<input type="checkbox"/> ドリンク	<input type="checkbox"/> 粉末	<input type="checkbox"/> その他 (
購入日	年	日	日	消費/賞味期限	年	日	日
	<input type="checkbox"/> 不明				<input type="checkbox"/> 不明		
* ロット番号	<input type="checkbox"/> 不明 (理由:)						
* 原材料名・含有量・配合量 (全て記入)							
1日当たり摂取目安量 (mg)							
* 食品の種類	<input type="checkbox"/> 保健機能食品 (<input type="checkbox"/> 特定保健用食品 <input type="checkbox"/> 機能性表示食品 <input type="checkbox"/> 栄養機能食品) <input type="checkbox"/> その他						
機能性表示食品の場合 機能性関与成分 (エキス等の場合は指標成分) 及びその含有量							
別添資料	※原材料名・含有量等については、別添資料を添付することで記載省略可 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						

※製品の特定が的確になるよう別添資料として製品に関する画像を添付することが望ましい。

4. 受診情報

* 医療機関受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
* 今回の症状 のために受診し た医療機関 (複数ある場合 はすべて記載)	医療機関名：	所在地：	受診日：
	医療機関名：	所在地：	受診日：
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名：	所在地：	受診日：

妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
* 併用している 医薬品の詳細	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

		医薬品名	服用目的
ある 場 合	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		

5. 行政への届け出

指定成分等を含む場合

* 届け出の要否	<input type="checkbox"/> 否 → <input type="checkbox"/> 要	受診した医師による診断：
-----------------	--	--------------

(保健所使用欄)

		症状	詳細 (診断名等)	重篤度	転帰
複数選択可	1	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 循環器障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 血液障害 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 後遺症 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 自然治癒 <input type="checkbox"/> 外来治療で治癒 <input type="checkbox"/> 入院治療で治癒 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
	2	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 循環器障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 血液障害 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 後遺症 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 自然治癒 <input type="checkbox"/> 外来治療で治癒 <input type="checkbox"/> 入院治療で治癒 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
対策室へ報告する際に使用する情報提供票の保健所使用欄の重篤度の記載については、次の①から⑤までを参考に記入すること。					
①軽 微：摂取者が、医療機関を受診していない場合 ②軽 度：摂取者が、医療機関において外来治療を要した場合 ③中等度：摂取者が、医療機関において入院治療を受け、治癒した場合 ④後遺症：摂取者が、医療機関において入院治療を受けた後、完治せず、機能障害が残存した場合 ⑤死 亡：摂取者が、死亡した場合					
その他特記事項					

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)

第7号様式（第7条第2項第2号）

食品衛生責任者実務講習会実施報告書

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2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 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					
受 講 者 数	人 (食品衛生責任者数 人、非食品衛生責任者数 人)				
食品衛生責任者実務講習会受講者名簿 _____ 区					
No.	責 任 者 番 号	営 業 所 名 称	営 業 の 種	営 業 所 所 在 地	食 品 衛 生 責 任 者 氏 名

(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)			
施設情報	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)			
施設情報	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 (ふりがな)		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	食管・食監・調・製・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 ※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る。 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		
応じた種 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	
	(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"/>	
	生食用食肉の加工又は調理を行う施設		<input type="checkbox"/>	
	ふぐの処理を行う施設		<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

(A 4)

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 ※法人にあっては、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 ※法人にあっては、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（法人にあっ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（法人にあってはその所在地）		
	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 (・譲渡契約書等の写し等、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等の写し等。)		
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	
添付書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書（合併後存続する法人又は設立された法人の登記事項証明書）		

分割による承継の場合	分割前の法人	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		
		添付書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書（分割により営業を承継した法人の登記事項証明書）		

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 年 月 日 号		
	横浜市 指令第 年 月 日 号			
	横浜市 指令第 年 月 日 号			
	横浜市 指令第 年 月 日 号			

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 年 月 日 号		
	横浜市 指令第 年 月 日 号			
	横浜市 指令第 年 月 日 号			
	横浜市 指令第 年 月 日 号			

備考	<p>《受付印》</p>
----	--------------

- 許可営業者の地位を承継した者が個人である場合は、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。
- 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。
- 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	食管・食監・調・製・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	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	食管・食監・調・製・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	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 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。

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)			電話番号		《受付印》
	担当者氏名					
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