

○ 食品衛生法等施行に関する要綱

新旧対照表

旧	新
<p>第1条 (省略)</p> <p>(指定成分等含有食品による健康被害情報の届出手続)</p> <p>第2条 法第8条第1項の規定による、食品衛生上の危害の発生を防止する見地から特別の注意を必要とする成分又は物であって、厚生労働大臣及び内閣総理大臣が食品衛生基準審議会の意見を聴いて指定したものを含む食品（以下「指定成分等含有食品」という。）による健康被害情報の届出は、指定成分等含有食品の健康被害情報届（第1号様式）により行うものとする。<u>届出には、様式別添の健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票をあわせて提出すること。また、必要と考えられる参考資料や追加情報を適宜添付して届け出ること</u>は差し支えない。</p>	<p>第1条 (省略)</p> <p>(指定成分等含有食品による健康被害情報の届出手続)</p> <p>第2条 法第8条第1項の規定による、食品衛生上の危害の発生を防止する見地から特別の注意を必要とする成分又は物であって、厚生労働大臣及び内閣総理大臣が食品衛生基準審議会の意見を聴いて指定したものを含む食品（以下「指定成分等含有食品」という。）による健康被害情報の届出は、<u>食品衛生申請等システム（以下「国システム」という。）により行うものとする。ただし、届出者が国システムによる届出を行えない場合には、指定成分等含有食品の健康被害情報届（第1号様式）により届出を行い、様式別添の健康食品との関連が疑われる健康被害情報提供票（以下「情報提供票」という。）をあわせて提出するものとする。</u></p> <p><u>なお、必要と考えられる参考資料や追加情報を適宜添付して届け出ること</u>は差し支えない。</p>
<p>第3条～第18条 (省略)</p> <p>(食品等の回収の届出手続)</p> <p>第19条 法第58条第1項又は食品表示法第10条の2第1項に基づく食品等の回収に係る届出は、<u>食品衛生申請等システム（以下「システム」という。）</u>により行うものとする。ただし、営業者又は食品関連事業者等は、<u>システム</u>による届出が行えない場合には、自主回収届（第17号様式）により届出を行うものとする。</p>	<p>第3条～第18条 (省略)</p> <p>(食品等の回収の届出手続)</p> <p>第19条 法第58条第1項又は食品表示法第10条の2第1項に基づく食品等の回収に係る届出は、<u>国システム</u>により行うものとする。ただし、営業者又は食品関連事業者等は、<u>国システム</u>による届出が行えない場合には、自主回収届（第17号様式）により届出を行うものとする。</p>

旧	新
<p>附 則 (施行期日)</p> <p>1 この要綱は、令和3年6月1日から施行する。 (横浜市食品衛生法に基づく公衆衛生上講ずべき措置の基準に関する条例及び同条例施行規則に関する事務取扱要綱の廃止)</p> <p>2 横浜市食品衛生法に基づく公衆衛生上講ずべき措置の基準に関する条例及び同条例施行規則に関する事務取扱要綱(平成12年12月12日衛食品第488号)は、廃止する。</p>	<p>附 則 (施行期日)</p> <p>1 この要綱は、令和3年6月1日から施行する。 (横浜市食品衛生法に基づく公衆衛生上講ずべき措置の基準に関する条例及び同条例施行規則に関する事務取扱要綱の廃止)</p> <p>2 横浜市食品衛生法に基づく公衆衛生上講ずべき措置の基準に関する条例及び同条例施行規則に関する事務取扱要綱(平成12年12月12日衛食品第488号)は、廃止する。</p>
<p>附 則 (施行期日)</p> <p>1 この要綱は、令和4年6月1日から施行する。</p>	<p>附 則 (施行期日)</p> <p>1 この要綱は、令和4年6月1日から施行する。</p>
<p>附 則 (施行期日)</p> <p>1 この要綱は、令和5年12月13日から施行する。</p>	<p>附 則 (施行期日)</p> <p>1 この要綱は、令和5年12月13日から施行する。</p>
<p>附 則 (施行期日)</p> <p>1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。</p>	<p>附 則 (施行期日)</p> <p>1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。</p>
<p>附 則 (施行期日)</p> <p>1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。</p>	<p>附 則 (施行期日)</p> <p>1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。</p>
<p>(新設)</p>	<p>附 則</p>

旧	新
<p>別表（第8条） 1～7 （省略）</p> <p>8 情報の提供</p> <p>(1) 省令別表第17第9号ハにいう「健康被害の発生及び拡大のおそれがある旨の情報を得た場合」とは、届出者等が収集した、同一の機能性表示食品及び特定保健用食品による健康被害のうち、同じ所見の症例が短期間に複数発生した場合であること。「同じ所見の症例」とは、情報提供票の「主な症状」が同一のものとし、「短期間に複数発生」とは、概ね30日以内の間に、同じ所見の症例が2例発生した場合とすること。ただし、死亡事例、入院治療を受けた場合であって、医師が重篤と判断した症例、入院治療を受けていない場合であっても医師が重篤と判断した症例等の重篤事例については、1例であっても情報提供を行うこととすること。</p> <p>(2) 機能性表示食品及び特定保健用食品に係る健康被害の発生及び拡大のおそれがある旨の情報を得た場合の情報提供期限は、届出者等が健康被害を診断した医療機関名を知った日から15日以内とすること。</p> <p>9 （省略）</p>	<p><u>（施行期日）</u></p> <p><u>1 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。</u></p> <p>別表（第8条） 1～7 （省略）</p> <p>8 情報の提供</p> <p>(1) 省令別表第17第9号ハにいう「健康被害の発生及び拡大のおそれがある旨の情報を得た場合」とは、届出者等が収集した、同一の機能性表示食品及び特定保健用食品による健康被害のうち、同じ所見の症例が短期間に複数発生した場合であること。「同じ所見の症例」とは、情報提供票の「<u>4. 医師の診断結果</u>」の「主な症状」が同一のものとし、「短期間に複数発生」とは、概ね30日以内の間に、同じ所見の症例が2例発生した場合とすること。ただし、死亡事例、入院治療を受けた場合であって、医師が重篤と判断した症例、入院治療を受けていない場合であっても医師が重篤と判断した症例等の重篤事例（<u>情報提供票の「3. 受診情報」の「重篤度」のうち、③中等度以上、④死亡とされた症例。</u>）については、1例であっても情報提供を行うこととすること。</p> <p>(2) 機能性表示食品及び特定保健用食品に係る健康被害の発生及び拡大のおそれがある旨の情報を得た場合の情報提供期限は、届出者等が健康被害を診断した医療機関名を知った日から15日以内とすること。</p> <p>9 （省略）</p>

旧

第1号様式

第1号様式(第2条)

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、次のとおり届け出ます。

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	年 月 日
指定成分等含有食品の製品名	
指定成分等の含有量	
製造者又は加工者の氏名又は名称 [輸入品にあつては、輸入者の 氏名又は名称]	
製造所又は加工所の所在地 [輸入品にあつては、輸入者の 営業所の所在地]	

(注) 1 別添様式「健康食品の取扱に伴う健康被害情報提供票」を添付してください。
2 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。

(A4)

新

第1号様式

第1号様式(第2条)

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。

(A4)

旧

第1号様式別添

別添

【別紙様式】(1)事業者が情報提供者への聞き取りにあたって使用する様式

健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票		送付枚数
会社名 (報告者氏名)	都道府県名 (保健所名)	入力不要
所在地		
電話番号 FAX番号	情報受付日	____年__月__日
情報提供者	<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 (_____)	

*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 機能性表示食品 栄養機能食品 その他のいわゆる健康食品

該当箇所をチェックまたは空欄に記入してください(複数回答可)。
「指定成分等含有食品、機能性表示食品及び特定保健用食品」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。
「その他のいわゆる健康食品」においては、可能な範囲で情報を収集してください。

*以下のいずれかの健康食品である ・指定成分等含有食品 ・機能性表示食品 ・特定保健用食品	<input type="radio"/> はい	*指定成分又は関与成分等名: * (指定成分等含有食品の場合)指定成分及び管理成分等の1日摂取目安量(μg/mg/g) * (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)1日摂取目安量:
	<input type="radio"/> いいえ (その他のいわゆる健康食品)	
	<input type="radio"/> 不明	

1. 症状

* 症状・主訴	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> かゆみ・発疹 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 不正性器出血 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 月経不順
	<input type="checkbox"/> 臨床検査値の異常 具体的な訴え: <input type="checkbox"/> その他 具体的な項目: (手足の浮腫、動悸・息切れ、体の痛み、めまい・ふらつきなどの症状がある場合はこちらに記載ください。その他気になる症状がある場合も記載ください)
* 症状発現日	____年__月__日(頃) または 摂取 ____日(頃) その他 (_____) <input type="checkbox"/> 不明

新

第1号様式別添

【別紙様式】

健康食品との関連が疑われる健康被害情報提供票

会社名	都道府県名 (保健所名) <small>※事業主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</small>
担当者名	
所在地	
電話番号	情報受付日
情報提供者	<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

<input type="radio"/> 特定保健用食品	許可番号	<input type="radio"/> 不明
<input type="radio"/> 機能性表示食品	届出番号	<input type="radio"/> 不明
<input type="radio"/> 栄養機能食品		
<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
はいの場合:	<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"/> エアリア・ミリアフィカ <input type="checkbox"/> ブラックコホシュ

食品衛生法施行規則別添第17の第3の4に基づき情報の提供(義務対象)に該当するか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	はいの場合: <input type="checkbox"/> 重症事例 <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 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: <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発症番号 _____ <input type="radio"/> 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 _____ <input type="radio"/> 情報受付日に同じ

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		<input type="radio"/> 不明
2		
3		
4		
5		

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		<input type="radio"/> 不明
2		
3		
4		
5		
その他		

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

旧

2. 該当する製品情報

* 製品名	<input type="checkbox"/> 不明		
* 製品形状	<input type="checkbox"/> 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 ____月 ____日 その他 ()	消費/賞味期限	____年 ____月 ____日 <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)	<input type="checkbox"/> 不明		
1日当たり摂取目安量 (mg)	<input type="checkbox"/> 不明		
* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合) 届出番号又は許可番号	<input type="checkbox"/> 不明		
当該製品の有無 [※] <small>(届出済の食品が手元に残っているかどうか)</small>	※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="radio"/> あり <input type="radio"/> 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。

新

1. 該当する製品情報

製品名	<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		
製品形状	<input type="checkbox"/> 不明		
原材料名 (表示順に全て記入) <small>※7. 届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="checkbox"/> 不明		
製造者名	<input type="checkbox"/> 不明		
製造者所在地	<input type="checkbox"/> 不明		
製造者電話番号	<input type="checkbox"/> 不明		
販売者名	<input type="radio"/> 製造者と同じ <input type="checkbox"/> 不明		
販売者所在地	<input type="radio"/> 製造者と同じ <input type="checkbox"/> 不明		
販売者電話番号	<input type="radio"/> 製造者と同じ <input type="checkbox"/> 不明		
製造所名	<input type="radio"/> 製造者と同じ <input type="checkbox"/> 不明		
製造所所在地	<input type="radio"/> 製造者と同じ <input type="checkbox"/> 不明		
製造所電話番号	<input type="radio"/> 製造者と同じ <input type="checkbox"/> 不明		
ロット番号	<input type="checkbox"/> 不明 (理由:)		
製品の1日当たり摂取目安量	<input type="checkbox"/> 不明		
購入日	____年 ____月 ____日 その他 ()	消費/賞味期限	▼選択▼ ____年 ____月 ____日 その他 () <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 不明 <small>ある場合はその詳細:</small>		

旧

4. 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 (複数ある場合はすべて記載)	医療機関名:	受診日:	
	所在地:		
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名:	受診日:	
	所在地:		
妊娠の有無		○ あり ○ なし ○ 不明	
* 併用している医薬品の詳細		○ あり ○ なし ○ 不明	
	医薬品名	服用目的	
ある場合	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		
	⑧		
	⑨		
	⑩		
	⑪		
	⑫		
	⑬		
	⑭		
	⑮		

新

1日摂取量	<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		
	○ あり ○ なし ○ 不明		
基礎疾患・既往歴	○ あり ○ なし ○ 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		
5			
アレルギーの有無	○ あり ○ なし ○ 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 (_____)		
妊娠の有無	○ あり ○ なし ○ 不明 ※女性の場合のみ選択してください		
授乳の有無	○ あり ○ なし ○ 不明 ※女性の場合のみ選択してください		
併用している医薬品	○ あり ○ なし ○ 不明		
ある場合	医薬品名	使用目的	使用開始日
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
	11		
	12		
	13		
	14		
15			

旧

備考欄

*製品の届出者・申請者が当該報告者と異なる場合は以下について記載ください
①製造者(輸入者)名、②①の住所、③①の電話番号、④販売者名、⑤販売者住所、⑥販売者電話番号

(当該製品の販売量(販売開始後の累計及び当該製品と同ロット品)、医薬品成分等の分析結果と同様の苦情の有無を調査している場合には、こちらに記載ください)

(既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください)

(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))あれば、こちらに記載してください。)

5. 行政への届出状況

* 届け出の状況	<input type="radio"/> 済	受診した医師による診断(日付):
	<input type="radio"/> 未済	

新

併用している他の健康食品		○あり ○なし ○不明		
	製品名	製造者名等	摂取目的	摂取開始日
ある場合	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 (必ず上ある場合は「 <small>その他</small> 」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		
	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		
重篤度	○軽微 ○軽度 ○中等度以上 ○死亡 ○不明			

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。

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

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				
----	----------------------------------	--	--	--	--

旧

【別紙様式】(2) 都道府県等(保健所)が健康被害情報を受け付けた際に使用する様式

健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票		送付枚数
会社名 (報告者氏名)	都道府県名 (保健所名)	
所在地		
電話番号 FAX番号	情報受付日	____年__月__日
情報提供者	<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 (_____)	
*該当する健康食品にチェックしてください。		
<input type="checkbox"/> 機能性表示食品 <input type="checkbox"/> 特定保健用食品 <input type="checkbox"/> 栄養機能食品 <input type="checkbox"/> その他のいわゆる健康食品		
<small>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)。 「指定成分等含有食品、機能性表示食品及び特定保健用食品」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。 「その他のいわゆる健康食品」においては、可能な範囲で情報を収集してください。</small>		
*以下のいずれかの健康食品である <small>・指定成分等含有食品 ・機能性表示食品 ・特定保健用食品</small>	<input type="radio"/> はい	* 指定成分又は関与成分等名: * (指定成分等含有食品の場合)指定成分及び管理成分等の1日摂取目安量 (J/g/mg/g) * (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)1日摂取目安量:
	<input type="radio"/> いいえ(その他のいわゆる健康食品)	
	<input type="radio"/> 不明	

1. 症状

* 症状・主訴	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> かゆみ・発疹 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 不正性器出血 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 月経不順
	<input type="checkbox"/> 臨床検査値の異常 <small>具体的な項目:</small> <input type="checkbox"/> その他 <small>具体的な訴え: (手足の浮腫、動悸・息切れ、体の痛み、めまい・ふらつきなどの症状がある場合はこちらに記載ください。その他気になる症状がある場合も記載ください)</small>
* 症状発現日	____年__月__日(頃) または 摂取 ____日(頃) その他(_____) <input type="checkbox"/> 不明

新

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>備考欄</p> <small>(消費/賞味期限切れ、保存状態の不備等に關する特定情報から、本票に提出が望まれないものの特記すべきと思われる判断される情報等(詳細な臨床検査値、医師/院ごとの検査の場合)、医薬品成分等の分析結果(3検等)があれば、こちらに記載してください)</small> <small>※「7. 添付ファイル」に資料を添付することで記載省略可</small>	
添付資料の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし

旧

2. 該当する製品情報

* 製品名	<input type="checkbox"/> 不明		
* 製品形状	<input type="checkbox"/> 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__月__日 その他() <input type="checkbox"/> 不明	消費/賞味期限	_____年__月__日 その他() <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)	<input type="checkbox"/> 不明		
1日当たり摂取目安量(mg)	<input type="checkbox"/> 不明		
* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)届出番号又は許可番号	<small>(機能性表示食品及び特定保健用食品の場合は届出番号又は許可番号を記載ください)</small> <input type="checkbox"/> 不明		
当該製品の有無 [※] <small>(届出・届出済が手元に残っているかどうか)</small>	※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="radio"/> あり <input type="radio"/> 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。

新

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>

旧

新

3. 摂取者および摂取状況に関する情報

* 個人情報(氏名・連絡先)について行政への提供を		<input type="radio"/> 同意する <input type="radio"/> 同意しない	
※同意が得られない場合は、氏名、連絡先は記入せず、備考欄にその理由を可能な範囲で記入すること。			
氏名			連絡先
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 不明		
年齢	<input type="radio"/> 10歳未満 <input type="radio"/> 10歳代 <input type="radio"/> 20歳代 <input type="radio"/> 30歳代 <input type="radio"/> 40歳代 <input type="radio"/> 50歳代 <input type="radio"/> 60歳代 <input type="radio"/> 70歳代 <input type="radio"/> 80歳代 <input type="radio"/> 90歳代 <input type="radio"/> 100歳以上 <input type="radio"/> 不明		
当該製品の入手方法	<input type="checkbox"/> 店頭販売 <input type="checkbox"/> (ネット)通販 <input type="checkbox"/> 訪問販売 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明		
* 使用開始日	____年__月__日 <input type="checkbox"/> 不明 その他()	* 使用中止日	____年__月__日 <input type="checkbox"/> 不明 その他()
* 1日摂取量	<input type="checkbox"/> 使用方法のとおり <input type="checkbox"/> 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 (具体的に:)		
* 症状発現後の使用状況・症状	<input type="checkbox"/> 中止 → 中止後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 中止後再使用 → 再使用で症状再発: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 減量 → 減量後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 増量 → 増量後に症状悪化: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 不明		
* 併用している他の健康食品	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		
ある場合	製品名		製造者名
	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		
	⑧		
	⑨		
⑩			

旧

新

4. 受診情報

* 医療機関受診	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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: _____ 受診日: _____
	所在地: _____
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名: _____ 受診日: _____
	所在地: _____

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

①	医薬品名	服用目的
	②	
③		
④		
⑤		
⑥		
⑦		
⑧		
⑨		
⑩		
⑪		
⑫		
⑬		
⑭		
⑮		

(削除)

旧

新

備考欄	* 製品の届出者・申請者が当該報告者と異なる場合は以下について記載ください ①製造者(輸入者)名、②①の住所、③①の電話番号、④販売者名、⑤販売者住所、⑥販売者電話番号
	(当該製品の販売量(販売開始後の累計及び当該製品と同ロット品)、医薬品成分等の分析結果と同様の苦情の有無を調査している場合には、こちらに記載ください)
	(既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください)
	(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置きた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))あれば、こちらに記載してください。)

5. 営業者等への届出状況

* 届け出の状況	<input type="radio"/> 済 →	受診した医師による診断(日付):
	<input type="radio"/> 未済	

(削除)

旧

新

* (保健所使用欄)

	症状	詳細(診断名等)	重篤度	転帰
複数選択可	主な症状	<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"/> 不明	<input type="radio"/> 軽微 <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中等度以上 <input type="radio"/> 死亡	<input type="radio"/> 自然治癒 <input type="radio"/> 外来治療で治癒 <input type="radio"/> 入院治療で治癒 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 不明
	その他の症状	<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"/> 不明	<input type="radio"/> 軽微 <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中等度以上 <input type="radio"/> 死亡	<input type="radio"/> 自然治癒 <input type="radio"/> 外来治療で治癒 <input type="radio"/> 入院治療で治癒 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 不明

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。

- 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 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

医師の意見等

(削除)

旧

新

【別紙様式】(3) 都道府県等(保健所)が厚生労働省への報告用に使用する様式

健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票		送付枚数
会社名 (報告者氏名)		都道府県名 (保健所名)
所在地		
電話番号 FAX番号		情報受付日 _____年__月__日
情報提供者	<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 (_____)	
* 該当する健康食品にチェックしてください。		
<input type="checkbox"/> 機能性表示食品 <input type="checkbox"/> 特定保健用食品 <input type="checkbox"/> 栄養機能食品 <input type="checkbox"/> その他のいわゆる健康食品		
<small>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)。 「指定成分等含有食品、機能性表示食品及び特定保健用食品」の場合、*のついている項目は必須です必ず記入し、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。 「その他のいわゆる健康食品」においては、可能な範囲で情報を収集してください。</small>		
* 以下のいずれかの健康食品である <small>・指定成分等含有食品 ・機能性表示食品 ・特定保健用食品</small>	<input type="radio"/> はい	* 指定成分又は関与成分等名: _____ * (指定成分等含有食品の場合)指定成分及び管理成分等の1日摂取目安量(JJG/ME等): _____ * (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)1日摂取目安量: _____
	<input type="radio"/> いいえ(その他のいわゆる健康食品)	
	<input type="radio"/> 不明	

1. 症状

* 症状・主訴	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> かゆみ・発疹 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 不正性器出血 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 月経不順
	<input type="checkbox"/> 臨床検査値の異常 <small>具体的な項目:</small> _____ <input type="checkbox"/> その他 <small>具体的な訴え: (手足の痺れ、動悸・息切れ、体の痛み、めまい・ふらつきなどの症状がある場合はこちらに記載ください。その他気になる症状がある場合も記載ください)</small> _____
* 症状発現日	_____年__月__日(頃) または 摂取 _____日(頃) その他 (_____) <input type="checkbox"/> 不明

(削除)

旧

新

2. 該当する製品情報

* 製品名	<input type="checkbox"/> 不明		
* 製品形状	<input type="checkbox"/> 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__月__日 その他() <input type="checkbox"/> 不明	消費/賞味期限	____年__月__日 その他() <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)	<input type="checkbox"/> 不明		
1日当たり摂取 目安量 (mg)	<input type="checkbox"/> 不明		
* (機能性表示食 品又は特定保健 用食品の場合)届 出番号又は許可番 号	<small>(機能性表示食品及び特定保健用食品の場合は届出番号又は許可番号を記載ください)</small> <input type="checkbox"/> 不明		
当該製品の有無 [※] <small>(製品名・成分が写真に写っ ているかどうか)</small>	※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="radio"/> あり <input type="radio"/> 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。

(削除)

旧

新

3. 摂取者および摂取状況に関する情報

* 個人情報(氏名・連絡先)について行政への提供を		<input type="radio"/> 同意する <input type="radio"/> 同意しない	
※同意が得られない場合は、氏名、連絡先は記入せず、備考欄にその理由を可能な範囲で記入すること。			
氏名		連絡先	
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 不明		
年齢	<input type="radio"/> 10歳未満 <input type="radio"/> 10歳代 <input type="radio"/> 20歳代 <input type="radio"/> 30歳代 <input type="radio"/> 40歳代 <input type="radio"/> 50歳代 <input type="radio"/> 60歳代 <input type="radio"/> 70歳代 <input type="radio"/> 80歳代 <input type="radio"/> 90歳代 <input type="radio"/> 100歳以上 <input type="radio"/> 不明		
当該製品の入手方法	<input type="checkbox"/> 店頭販売 <input type="checkbox"/> (ネット)通販 <input type="checkbox"/> 訪問販売 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明		
* 使用開始日	____年__月__日 <input type="checkbox"/> 不明 その他()	* 使用中止日	____年__月__日 <input type="checkbox"/> 不明 その他()
* 1日摂取量	<input type="checkbox"/> 使用方法のとおり <input type="checkbox"/> 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 (具体的に:)		
* 症状発現後の使用状況・症状	<input type="checkbox"/> 中止 → 中止後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 中止後再使用 → 再使用で症状再発: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 減量 → 減量後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 増量 → 増量後に症状悪化: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 不明		
* 併用している他の健康食品	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		
ある場合	製品名		製造者名
	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		
	⑧		
	⑨		
⑩			

(削除)

旧

新

4. 受診情報

* 医療機関受診	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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: _____ 受診日: _____ 所在地: _____
	医療機関名: _____ 受診日: _____ 所在地: _____
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名: _____ 受診日: _____ 所在地: _____

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

①	医薬品名	服用目的
	②	
③		
④		
⑤		
⑥		
⑦		
⑧		
⑨		
⑩		
⑪		
⑫		
⑬		
⑭		
⑮		

(削除)

旧

新

備考欄	* 製品の届出者・申請者が当該報告者と異なる場合は以下について記載ください ①製造者(輸入者)名、②①の住所、③①の電話番号、④販売者名、⑤販売者住所、⑥販売者電話番号
	(当該製品の販売量(販売開始後の累計及び当該製品と同ロット品)、医薬品成分等の分析結果と同様の苦情の有無を調査している場合には、こちらに記載ください)
	(既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください)
	(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置きた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))あれば、こちらに記載してください。)

5. 行政及び営業者等への届出状況

* 届け出の状況	<input type="radio"/> 済 →	受診した医師による診断(日付):
	<input type="radio"/> 未済	

(削除)

旧

新

*(事業者・保健所使用欄)

	症状	詳細(診断名等)	重篤度	転帰
複数選択可	主な症状	<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"/> 不明	<input type="radio"/> 軽微 <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中等度以上 <input type="radio"/> 死亡	<input type="radio"/> 自然治癒 <input type="radio"/> 外来治療で治癒 <input type="radio"/> 入院治療で治癒 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 不明
	その他の症状	<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"/> 不明	<input type="radio"/> 軽微 <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中等度以上 <input type="radio"/> 死亡	<input type="radio"/> 自然治癒 <input type="radio"/> 外来治療で治癒 <input type="radio"/> 入院治療で治癒 <input type="radio"/> 未回復 <input type="radio"/> 不明

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。

- 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 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

医師の意見等

(削除)

旧

第2号様式から第8号様式まで（省略）
第9号様式

第9号様式（第10条第1項）

年 月 日

横浜市保健所長

登録番号：
※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「食品ゲータ活用推進基本法」の目的に即って、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 □）

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	
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、番号又は商号	
〔ふりがな〕	業種の種類	食料・飲料・酒・薬・化粧品・化粧品・化粧品・その他
食品衛生責任者の氏名	業種別登録番号	登録年月日
主として取り扱う食品、添加物	食品添加物 ※食品添加物の種類	
自動販売機の種類	※課税機能を有する自動販売機による営業の場合	種類 ※飲食店営業の場合（販売店、中継店等）
BACCPの取組	※引当額を営業許可を受けようとする場合に際し、 ただし、業が並行して製造業、食品製造業の場合は別項の場合を含む。	
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	<input type="checkbox"/>	
〔ふりがな〕	電話番号	
担当者氏名		

1. 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）を提出してください。
2. 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等）を提出してください。
3. 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（製造計画、原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）を提出してください。
4. 自動販売機による営業の場合は、業務計画を記載した書類（当該自動販売機で取り扱う食品、数量、販売又は製造工程、使用する水の量等を記載したもの）を提出し、業者番号が確認できる書類（自動車検査証等）を提出してください。営業に使用する自動販売機は別に当該営業に使用する食品取扱施設（店）を併設する場合は、当該施設の営業許可申請の申しを併せてください。

新

第2号様式から第8号様式まで（省略）
第9号様式

第9号様式（第10条第1項）

年 月 日

横浜市保健所長

登録番号：
※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「食品ゲータ活用推進基本法」の目的に即って、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 □）

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	
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、番号又は商号	
〔ふりがな〕	業種の種類	飲酒・食料・薬・化粧品・化粧品・化粧品・その他
食品衛生責任者の氏名	登録した講習の 食品衛生責任者 養成講習の修了 年月日	登録年月日
主として取り扱う食品、添加物	食品添加物 ※食品添加物の種類	
自動販売機の種類	※課税機能を有する自動販売機による営業の場合	種類 ※飲食店営業の場合（販売店、中継店等）
BACCPの取組	※引当額を営業許可を受けようとする場合に際し、 ただし、業が並行して製造業、食品製造業の場合は別項の場合を含む。	
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	<input type="checkbox"/>	
〔ふりがな〕	電話番号	
担当者氏名		

1. 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）を提出してください。
2. 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等）を提出してください。
3. 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（製造計画、原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）を提出してください。
4. 自動販売機による営業の場合は、業務計画を記載した書類（当該自動販売機で取り扱う食品、数量、販売又は製造工程、使用する水の量等を記載したもの）を提出し、業者番号が確認できる書類（自動車検査証等）を提出してください。営業に使用する自動販売機は別に当該営業に使用する食品取扱施設（店）を併設する場合は、当該施設の営業許可申請の申しを併せてください。

旧

新

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違反して罰に処せられ、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1,000グラム以下である前に収められたもの) <input type="checkbox"/> ②加工粉乳 <input type="checkbox"/> ③食肉ハム <input type="checkbox"/> ④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"/> ⑤調製粉乳 <input type="checkbox"/> ⑥食肉ソーセージ <input type="checkbox"/> ⑦マーガリン <input type="checkbox"/> ⑧添加物 (法第55条第1項の規定により規格が定められたもの) <input type="checkbox"/> ⑨食肉製品 <input type="checkbox"/> ⑩飲料調製用食品 <input type="checkbox"/> ⑪ショートニング
	（ふりがな）	資格の種類	
業務に 応じた 情報	食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者適任（実地）届」も別紙の要		受領した講習会 の食品衛生管理者 登録番号を 記載した書面
	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"/> 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
	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"/>
添付 書類	<input type="checkbox"/> 施設の種類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"/>		
	台帳番号	許可の番号及び許可年月日	営業の種類
営業 許可 事項	1	横浜市 指合第 号 年 月 日	
	2	横浜市 指合第 号 年 月 日	
	3	横浜市 指合第 号 年 月 日	
	4	横浜市 指合第 号 年 月 日	
備考	《交付印》		
	《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"/> 連絡紙 営業開始予定日： 年 月 日 調査予定日： 年 月 日		

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違反して罰に処せられ、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1,000グラム以下である前に収められたもの) <input type="checkbox"/> ②加工粉乳 <input type="checkbox"/> ③食肉ハム <input type="checkbox"/> ④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"/> ⑤調製粉乳 <input type="checkbox"/> ⑥食肉ソーセージ <input type="checkbox"/> ⑦マーガリン <input type="checkbox"/> ⑧添加物 (法第55条第1項の規定により規格が定められたもの) <input type="checkbox"/> ⑨食肉製品 <input type="checkbox"/> ⑩飲料調製用食品 <input type="checkbox"/> ⑪ショートニング
	（ふりがな）	資格の種類	
業務に 応じた 情報	食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者適任（実地）届」も別紙の要		受領した講習会 の食品衛生管理者 登録番号を 記載した書面
	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"/> 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
	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"/>
添付 書類	<input type="checkbox"/> 施設の種類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"/>		
	台帳番号	許可の番号及び許可年月日	営業の種類
営業 許可 事項	1	横浜市 指合第 号 年 月 日	
	2	横浜市 指合第 号 年 月 日	
	3	横浜市 指合第 号 年 月 日	
	4	横浜市 指合第 号 年 月 日	
備考	《交付印》		
	《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"/> 連絡紙 営業開始予定日： 年 月 日 調査予定日： 年 月 日		

旧

【表題：許可変更のみ】 ※届出営業の場合は、この箇の変更事項欄のみ記載してください

申請者情報	法第24条第2項関係 (1) 食品衛生法又は同法に基づく処分に関連して罰に処せられ、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。 (2) 食品衛生法第24条から第26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。 (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。	該当には 記																				
営業内容情報	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"/> 惣菜類 (重量が、400グラム以下であるものに限定されたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜内(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜内(冷) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの)																					
営業形態情報	(ふりがな) 食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者(変更)届」も別紙の項 変更した講習会 食品衛生管理者 講習会 受講した日 受講した場所 受講した科目 受講した時間 受講した講師 受講した回数	資格の種類 食品衛生管理者 講習会 受講した講習会 食品衛生管理者 講習会 受講した講習会 受講した講習会 受講した講習会																				
設備情報	使用水の種類 <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"/> 小規模受水増水道 <input type="checkbox"/> 簡易給水水道 <input type="checkbox"/> その他の飲用に適する水 () 自動車による営業 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 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"/> 惣菜類 (重量が、400グラム以下であるものに限定されたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜内(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜内(冷) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの)	資格の種類 食品衛生管理者 講習会 受講した講習会 食品衛生管理者 講習会 受講した講習会 受講した講習会 受講した講習会																				
営業に 応じた 設備 情報	飲食店のうち簡易飲食店営業の施設 <input type="checkbox"/> 生食用肉内の加工又は調理を行う施設 <input type="checkbox"/> ふでの処理を行う施設 <input type="checkbox"/> (ふりがな) ふで包丁氏名 ※ふでも処理する営業の場合 免許番号	資格の種類 食品衛生管理者 講習会 受講した講習会 食品衛生管理者 講習会 受講した講習会 受講した講習会																				
許可 事項	<input type="checkbox"/> 施設の種類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"/>																					
営業 許可 事項	<table border="1"> <thead> <tr> <th>台帳番号</th> <th>許可の番号及び許可年月日</th> <th>営業の種類</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>横浜市 指合第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>横浜市 指合第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>横浜市 指合第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>横浜市 指合第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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 指合第 号 年 月 日			2	横浜市 指合第 号 年 月 日			3	横浜市 指合第 号 年 月 日			4	横浜市 指合第 号 年 月 日			
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 指合第 号 年 月 日																					
2	横浜市 指合第 号 年 月 日																					
3	横浜市 指合第 号 年 月 日																					
4	横浜市 指合第 号 年 月 日																					
変更 事項	【変更事項】 【変更前の内容】 【変更年月日】 年 月 日 (事務届情報) <input type="checkbox"/> 申請者公的証明書 <input type="checkbox"/> 責任者資格要件 <input type="checkbox"/> 専修証 調査予定日： 年 月 日	【受付印】																				

第 16 号様式及び第 17 号様式 (省略)

新

【表題：許可変更のみ】 ※届出営業の場合は、この箇の変更事項欄のみ記載してください

申請者情報	法第24条第2項関係 (1) 食品衛生法又は同法に基づく処分に関連して罰に処せられ、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。 (2) 食品衛生法第24条から第26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。 (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。	該当には 記																				
営業内容情報	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"/> 惣菜類 (重量が、400グラム以下であるものに限定されたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜内(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜内(冷) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの)																					
営業形態情報	(ふりがな) 食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者(変更)届」も別紙の項 変更した講習会 食品衛生管理者 講習会 受講した日 受講した場所 受講した科目 受講した時間 受講した講師 受講した回数	資格の種類 食品衛生管理者 講習会 受講した講習会 食品衛生管理者 講習会 受講した講習会 受講した講習会 受講した講習会																				
設備情報	使用水の種類 <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"/> 小規模受水増水道 <input type="checkbox"/> 簡易給水水道 <input type="checkbox"/> その他の飲用に適する水 () 自動車による営業 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 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"/> 惣菜類 (重量が、400グラム以下であるものに限定されたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜内(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜内(冷) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの) <input type="checkbox"/> 惣菜類(熱) <input type="checkbox"/> 惣菜類(無色又は無臭の液体を容器に入れられたもの)	資格の種類 食品衛生管理者 講習会 受講した講習会 食品衛生管理者 講習会 受講した講習会 受講した講習会 受講した講習会																				
営業に 応じた 設備 情報	飲食店のうち簡易飲食店営業の施設 <input type="checkbox"/> 生食用肉内の加工又は調理を行う施設 <input type="checkbox"/> ふでの処理を行う施設 <input type="checkbox"/> (ふりがな) ふで包丁氏名 ※ふでも処理する営業の場合 免許番号	資格の種類 食品衛生管理者 講習会 受講した講習会 食品衛生管理者 講習会 受講した講習会 受講した講習会 受講した講習会																				
許可 事項	<input type="checkbox"/> 施設の種類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"/>																					
営業 許可 事項	<table border="1"> <thead> <tr> <th>台帳番号</th> <th>許可の番号及び許可年月日</th> <th>営業の種類</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>横浜市 指合第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>横浜市 指合第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>横浜市 指合第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>横浜市 指合第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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 指合第 号 年 月 日			2	横浜市 指合第 号 年 月 日			3	横浜市 指合第 号 年 月 日			4	横浜市 指合第 号 年 月 日			
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 指合第 号 年 月 日																					
2	横浜市 指合第 号 年 月 日																					
3	横浜市 指合第 号 年 月 日																					
4	横浜市 指合第 号 年 月 日																					
変更 事項	【変更事項】 【変更前の内容】 【変更年月日】 年 月 日 (事務届情報) <input type="checkbox"/> 申請者公的証明書 <input type="checkbox"/> 責任者資格要件 <input type="checkbox"/> 専修証 調査予定日： 年 月 日	【受付印】																				

第 16 号様式及び第 17 号様式 (省略)