

○ 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(以下「指定成分」という。)であって、厚生労働大臣及び内閣総理大臣が<u>薬事・食品衛生審議会</u>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>また、情報提供票を用いる場合においても、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ても差し支えない。</u></p> <p>第3条から第13条まで (省略)</p> <p>(営業の譲渡、相続、合併又は分割による営業者の地位の承継の届出手続)</p> <p>第14条 (第1項及び第2項省略)</p> <p><u>3 合併又は分割による営業者の地位の承継の届出の場合にあつては、必要に応じて承継の事実が確認できる登記事項証明書又はその写しを添付するものとする。</u></p> <p><u>4 第1項の届出により営業許可証の記載事項を変更する必要があるときは、当該営業の営業許可証を添付するものとする。</u></p> <p>第15条から第19条まで (省略)</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つて、厚生労働大臣及び内閣総理大臣が<u>食品衛生基準審議会</u>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3条から第13条まで (省略)</p> <p>(営業の譲渡、相続、合併又は分割による営業者の地位の承継の届出手続)</p> <p>第14条 (第1項及び第2項省略)</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>3 第1項の届出により営業許可証の記載事項を変更する必要があるときは、当該営業の営業許可証を添付するものとする。</u></p> <p>第15条から第19条まで (省略)</p>

旧	新
<p>別表（第8条） 1から7まで（省略）</p> <p>（新設）</p> <p><u>8</u> 運搬 （本文省略）</p> <p><u>9</u> 食品衛生上の危害の発生を防止するために特に重要な工程を管理するための取組 （本文省略）</p>	<p>別表（第8条） 1から7まで（省略）</p> <p><u>8</u> 情報の提供</p> <p><u>(1)</u> <u>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。</u></p> <p><u>(2)</u> <u>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。</u></p> <p><u>9</u> 運搬 （本文省略）</p> <p><u>10</u> 食品衛生上の危害の発生を防止するために特に重要な工程を管理するための取組 （本文省略）</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

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採取状況	
	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採取時に使用していた薬品等の名称	
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。

(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、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 〔 輸入品にあっては、輸入者の 氏名又は名称 〕	
製造所又は加工所の所在地 〔 輸入品にあっては、輸入者の 営業所の所在地 〕	

（注）1 別添様式「健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供書」を添付してください。
2 製品に等する資料（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添付してください。

(A4)

旧

第1号様式別添

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。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:	($\mu\text{g}/\text{mg}/\text{g}$)
		* 管理成分の1日摂取目安量:	($\mu\text{g}/\text{mg}/\text{g}$)
	<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"/> 臨床検査値の異常 具体的な項目:
	<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"/> その他 具体的な訴え:
	<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	
* 症状発現日	____年__月__日(頃) または 摂取__日(頃) <input type="checkbox"/> 不明		

新

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。

* 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($\mu\text{g}/\text{mg}/\text{g}$):	
		* (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) <input type="checkbox"/> 不明 その他()		

旧

2. 該当する製品情報

* 製品名			
* 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 <input type="checkbox"/> 不明	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)			
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 <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。

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)				
1日当たり摂取目安量 (mg)				
* (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>(既取の当該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 <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。

旧

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="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明		
年齢	<input type="checkbox"/> 10歳未満 <input type="checkbox"/> 10歳代 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳代 <input type="checkbox"/> 80歳代 <input type="checkbox"/> 90歳代 <input type="checkbox"/> 100歳以上 <input type="checkbox"/> 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 (項)	* 使用中止日	年 月 日 (項)
* 1日摂取量	<input type="checkbox"/> 使用方法のとおり <input type="checkbox"/> 過量 (具体的に:) <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) <input type="checkbox"/> 不詳		
* 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="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
ある場合	製品名	製造者名	
	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
備考欄			

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="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明		
年齢	<input type="checkbox"/> 10歳未満 <input type="checkbox"/> 10歳代 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳代 <input type="checkbox"/> 80歳代 <input type="checkbox"/> 90歳代 <input type="checkbox"/> 100歳以上 <input type="checkbox"/> 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	* 使用中止日	年 月 日
* 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="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
ある場合	製品名	製造者名	
	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		
	⑧		
	⑨		
⑩			

旧

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
ある場合	医薬品名		服用目的
	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		

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

旧

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	受診した医師による診断：
	<input type="checkbox"/> 要	

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	

旧

(保健所使用欄)

	症状	詳細(診断名等)	重篤度	転帰
複数選択可	<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
	<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

新

*(事業者使用欄)

	症状	詳細(診断名等)	重篤度	転帰
複数選択可	<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"/> 中等度以上 <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
	<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"/> 中等度以上 <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

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

旧

新

【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(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 <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

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	消費/賞味期限	_____年__月__日	<input type="checkbox"/> 不明
	その他()		その他()	
* 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>(初取した製品が全例に該当しているかどうか)</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。

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	①	製品名	製造者名
	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

	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	

旧

新

備考欄	<p>* 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</p>
	<p>(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)</p>
	<p>(既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください)</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))あれば、こちらに記載してください。)</p>

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	

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	<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="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度以上 <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 []
	<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="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度以上 <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 []

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

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。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 ・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 具体的な項目: _____
	<input type="checkbox"/> その他 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)
* 症状発現日	_____年__月__日(頃) または 摂取 _____日(頃) その他(_____) <input type="checkbox"/> 不明

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	消費/賞味期限	_____年 ____月 ____日
	その他()		その他()
	<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)	<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>(採取した基音が写真に添付しているかどうか)</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。

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
<small>※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。</small>			
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
-----------------------	--

	製品名	製造者名
ある場合	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

	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	

旧

新

備考欄	<p>* 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</p>
	<p>(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)</p>
	<p>(既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください)</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))あれば、こちらに記載してください。)</p>

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	

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

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

電話番号：
住所情報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」の目的に付って、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、表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取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、表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 当法人にあっては、所在地		
	（ふりがな）	当年月日 当申請者が法人の場合	
	申請者氏名 当法人にあっては、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、番号又は別号		
	（ふりがな）	資力の種類 食費・食料・酒・肴・飲料・土産・食料・その他	
	食品衛生責任者の氏名	資力に該当する食品衛生責任者の氏名を記載してください	資力名称： 資力日： 年 月 日
	主として取り扱う食品、添加物	自由記載 取扱いについて 補記があれば記載	
	自動販売機の種類 当該施設を営む自動販売機による営業の場合	種類 当該施設営業の場合（他施設、申請施設、併設営業）	
	SACCFの取組	※引き継ぎ営業許可を受けようとする場合に際し、 ただし、併合しようし施設等、併合型冷凍食品製造業の場合は別様の場合を含む。 <input type="checkbox"/> SACCFに基づく衛生管理 <input type="checkbox"/> SACCFの考え方を取り入れた衛生管理	
その他情報	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、国の事務に必要な程度において、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		

1 申請者が法人の場合は、住所、名称及び当年月日記載ができる公の証明書（住民票、登記簿謄本、簿籍簿謄本、マイナンバーカード等）を提出してください。
2 食品衛生責任者の氏名を記載する事項（資力情報の名称、食品衛生責任者取組等の終了年月日）を併記してください。
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事項（製造品名、原材料の種類及び割合分量、製造工程、製造設備等を記載したもの）を併記してください。
4 自動販売による営業の場合は、販売計画を記載した事項（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）を併記し、販売品が確認できる事項（自動販売機取組等）を併記してください。営業に使用する自動販売機は原則に当該営業に使用する食品取扱施設（仕立店舗等）がある場合は、当該施設の実業許可等の写しを併記してください。

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

電話番号：
住所情報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」の目的に付って、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、表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取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、表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 当法人にあっては、所在地		
	（ふりがな）	当年月日 当申請者が法人の場合	
	申請者氏名 当法人にあっては、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、番号又は別号		
	（ふりがな）	資力の種類 食費・食料・酒・肴・飲料・土産・食料・その他	
	食品衛生責任者の氏名	資力に該当する食品衛生責任者の氏名を記載してください	資力名称： 資力日： 年 月 日
	主として取り扱う食品、添加物	自由記載 取扱いについて 補記があれば記載	
	自動販売機の種類 当該施設を営む自動販売機による営業の場合	種類 当該施設営業の場合（他施設、申請施設、併設営業）	
	SACCFの取組	※引き継ぎ営業許可を受けようとする場合に際し、 ただし、併合しようし施設等、併合型冷凍食品製造業の場合は別様の場合を含む。 <input type="checkbox"/> SACCFに基づく衛生管理 <input type="checkbox"/> SACCFの考え方を取り入れた衛生管理	
その他情報	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、国の事務に必要な程度において、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		

1 申請者が法人の場合は、住所、名称及び当年月日記載ができる公の証明書（住民票、登記簿謄本、簿籍簿謄本、マイナンバーカード等）を提出してください。
2 食品衛生責任者の氏名を記載する事項（資力情報の名称、食品衛生責任者取組等の終了年月日）を併記してください。
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事項（製造品名、原材料の種類及び割合分量、製造工程、製造設備等を記載したもの）を併記してください。
4 自動販売による営業の場合は、販売計画を記載した事項（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）を併記し、販売品が確認できる事項（自動販売機取組等）を併記してください。営業に使用する自動販売機は原則に当該営業に使用する食品取扱施設（仕立店舗等）がある場合は、当該施設の実業許可等の写しを併記してください。

旧

新

申請者情報	法第55条第2項関係		該当には 記
	(1) 食品衛生法又は同法に基づく部分に違反して罰に科せられ、その執行を終り、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加糖粉乳 <input type="checkbox"/> ③減内ヘム <input type="checkbox"/> ④食用油脂 (黄色又は褐色の濃縮を経て製造されるもの) <input type="checkbox"/> ⑤調製粉乳 <input type="checkbox"/> ⑥減内ソーセージ <input type="checkbox"/> ⑦マーガリン <input type="checkbox"/> ⑧動物油 (食品の製造)等の規定により規格が定められたもの <input type="checkbox"/> ⑨減内乳品 <input type="checkbox"/> ⑩動物飼料用食品 <input type="checkbox"/> ⑪ショートニング		
	(ふりがな)	資格の種類	
使用水の種類	食品衛生管理者の氏名 並「食品衛生管理責任者(実業)員」も別紙の項		受検した講習会 食品衛生管理者 食品衛生責任者 受講した年月日
	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"/> 小規模受水権水道 <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		
事業に 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"/>		
添付 書類	(ふりがな)		
	ふぐ包丁調氏名 並ふぐを処理する営業の場合		免許番号
営業許可事項	<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"/>		
	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			

申請者情報	法第55条第2項関係		該当には 記
	(1) 食品衛生法又は同法に基づく部分に違反して罰に科せられ、その執行を終り、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加糖粉乳 <input type="checkbox"/> ③減内ヘム <input type="checkbox"/> ④食用油脂 (黄色又は褐色の濃縮を経て製造されるもの) <input type="checkbox"/> ⑤調製粉乳 <input type="checkbox"/> ⑥減内ソーセージ <input type="checkbox"/> ⑦マーガリン <input type="checkbox"/> ⑧動物油 (食品の製造)等の規定により規格が定められたもの <input type="checkbox"/> ⑨減内乳品 <input type="checkbox"/> ⑩動物飼料用食品 <input type="checkbox"/> ⑪ショートニング		
	(ふりがな)	資格の種類	
使用水の種類	食品衛生管理者の氏名 並「食品衛生管理責任者(実業)員」も別紙の項		受検した講習会 食品衛生管理者 食品衛生責任者 受講した年月日
	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"/> 小規模受水権水道 <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		
事業に 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"/>		
添付 書類	(ふりがな)		
	ふぐ包丁調氏名 並ふぐを処理する営業の場合		免許番号
営業許可事項	<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"/>		
	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			

旧

第 10 号様式から第 12 号様式まで (省略)

第 13 号様式

第13号様式 (第14条第1項) 年 月 日

整理番号: 以下欄外、届出書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「食品ゲータ採用標準基本法」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、国の事務に必要な程度において、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 ※個人にあっては、所在地			
(ふりがな)	生年月日 <small>※届出者が法人の場合</small>	年 月 日 生		
届出者氏名 ※個人にあっては、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		
届付書類	<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、自業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:	法人番号:		
	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			
届付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍簿本 又は <input type="checkbox"/> 法定相続権を一覧図の写し <input type="checkbox"/> 同意書 (相続人が二人以上いる場合)			
合併により消滅した法人	郵便番号:	電話番号:	FAX番号:	
	電子メールアドレス:	法人番号:		
	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		
届付書類	<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)			

新

第 10 号様式から第 12 号様式まで (省略)

第 13 号様式

第13号様式 (第14条第1項) 年 月 日

整理番号: 以下欄外、届出書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「食品ゲータ採用標準基本法」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、国の事務に必要な程度において、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 ※個人にあっては、所在地			
(ふりがな)	生年月日 <small>※届出者が法人の場合</small>	年 月 日 生		
届出者氏名 ※個人にあっては、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		
届付書類	<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、自業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:	法人番号:		
	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			
届付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍簿本 又は <input type="checkbox"/> 法定相続権を一覧図の写し <input type="checkbox"/> 同意書 (相続人が二人以上いる場合)			
合併により消滅した法人	郵便番号:	電話番号:	FAX番号:	
	電子メールアドレス:	法人番号:		
	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		

旧

新

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
	印付書類	<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 許可第 年 月 日 号		
		横浜市 許可第 年 月 日 号		
		横浜市 許可第 年 月 日 号		
		横浜市 許可第 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 許可第 年 月 日 号		
		横浜市 許可第 年 月 日 号		
		横浜市 許可第 年 月 日 号		
		横浜市 許可第 年 月 日 号		
備考				(受付用)
	<p>1 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)を提出してください。</p> <p>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。</p> <p>3 営業許可届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届を添付してください。</p>			

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
	印付書類	<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 許可第 年 月 日 号		
		横浜市 許可第 年 月 日 号		
		横浜市 許可第 年 月 日 号		
		横浜市 許可第 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 許可第 年 月 日 号		
		横浜市 許可第 年 月 日 号		
		横浜市 許可第 年 月 日 号		
		横浜市 許可第 年 月 日 号		
備考				(受付用)
	<p>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)を提出してください。</p> <p>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。</p> <p>3 営業許可届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届を添付してください。</p>			

旧

第 14 号様式

第14号様式（第15条第1項）

年 月 日

横浜市保健所長

営業届

整理番号：
※届出書による記載は不要です。

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適合がある場合は、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」への同意に不適合がある場合は、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 ※法人にあっては、所在地		
営業所情報	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	
	施設の名称、番号又は商号		
食品衛生責任者情報	資格の種類	食安・食監・調・製・装・包装・冷蔵・冷蔵・その他	
	食料衛生責任者の氏名	※無氏又は登録記録を製造する営業者を除く。	資格の種類 食安・食監・調・製・装・包装・冷蔵・冷蔵・その他 登録年月日： 年 月 日
	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 ※必須欄について 種別がなければ記載	資格の種類 食安・食監・調・製・装・包装・冷蔵・冷蔵・その他 登録年月日： 年 月 日
	自動販売機の型番	自動車による営業 <input type="checkbox"/>	関係品目等への規制措置の 届出に因りする営業 <input type="checkbox"/>
	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	
届出に準じた 届出内容	指定成分等含有食品を取り扱う施設 <input type="checkbox"/>	輸出品取扱施設 ※この届出の情報、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		
担当者	（ふりがな） 担当氏名	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 届出の業務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。

新

第 14 号様式

第14号様式（第15条第1項）

年 月 日

横浜市保健所長

営業届

整理番号：
※届出書による記載は不要です。

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適合がある場合は、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」への同意に不適合がある場合は、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 ※法人にあっては、所在地		
営業所情報	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	
	施設の名称、番号又は商号		
食品衛生責任者情報	資格の種類	食安・食監・調・製・装・包装・冷蔵・冷蔵・その他	
	食品衛生責任者の氏名	※無氏又は登録記録を製造する営業者を除く。	資格の種類 食安・食監・調・製・装・包装・冷蔵・冷蔵・その他 登録年月日： 年 月 日
	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 ※必須欄について 種別がなければ記載	資格の種類 食安・食監・調・製・装・包装・冷蔵・冷蔵・その他 登録年月日： 年 月 日
	自動販売機の型番	自動車による営業 <input type="checkbox"/>	関係品目等への規制措置の 届出に因りする営業 <input type="checkbox"/>
	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	
届出に準じた 届出内容	指定成分等含有食品を取り扱う施設 <input type="checkbox"/>	輸出品取扱施設 ※この届出の情報、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		
担当者	（ふりがな） 担当氏名	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 届出の業務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。

第 15 号様式

第15号様式（第16条第1項、第17条第1項）

年 月 日

※変更がある項目の欄名を○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。

電話番号：
住所番、届出番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「食品データ管理推進基本法」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	電話番号： <input type="text"/>	電話番号： <input type="text"/>	FAX番号： <input type="text"/>
	電子メールアドレス： <input type="text"/>	法人番号： <input type="text"/>	
	申請者・届出者住所 ※法人にあっては、所在地		
	(ふりがな) 申請者・届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名		
営業施設情報	電話番号： <input type="text"/>	電話番号： <input type="text"/>	FAX番号： <input type="text"/>
	電子メールアドレス： <input type="text"/>	施設の所在地	
	(ふりがな)		
	施設の名称、番号又は符号		
	(ふりがな)		
	食品衛生責任者の氏名	業種の種類 食料加工調理等 食品販売等 食品製造等 調理器具 年度： 年 月 日	主管・支配・製・調・作・製・製造・加工・販売・その他 業種番号： 年度： 年 月 日
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装		
	食品製造		
	食品製造の形態 ※食品製造の場合（加工品、半製品等、惣惣等）		
	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		
申請に 係る 届出	特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 ※この申請書の情報は、国の事務に必要な程度において、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		
届出者	(ふりがな)	届出番号	
届出者	届出者氏名		

1 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必ず図面を添付してください。
2 許可営業の申請書の住所、色名の変更の場合は、住所、色名が確認できる公的証明等（住民票、運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）を添付してください。（申請者が個人の許可営業の場合のみ）
3 食品衛生責任者の変更の場合は、食品衛生責任者の実務を証明する書類（職務経歴書の写し、食品衛生責任者養成講習会の修了証など）を添付してください。
4 営業許可の記載事項に変更がある場合は、欄に交付されている営業許可を添付してください。

第 15 号様式

第15号様式（第16条第1項、第17条第1項）

年 月 日

※変更がある項目の欄名を○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。

電話番号：
住所番、届出番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「食品データ管理推進基本法」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	電話番号： <input type="text"/>	電話番号： <input type="text"/>	FAX番号： <input type="text"/>
	電子メールアドレス： <input type="text"/>	法人番号： <input type="text"/>	
	申請者・届出者住所 ※法人にあっては、所在地		
	(ふりがな) 申請者・届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名		
営業施設情報	電話番号： <input type="text"/>	電話番号： <input type="text"/>	FAX番号： <input type="text"/>
	電子メールアドレス： <input type="text"/>	施設の所在地	
	(ふりがな)		
	施設の名称、番号又は符号		
	(ふりがな)		
	食品衛生責任者の氏名	業種の種類 食料加工調理等 食品販売等 食品製造等 調理器具 年度： 年 月 日	主管・支配・製・調・作・製・製造・加工・販売・その他 業種番号： 年度： 年 月 日
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装		
	食品製造		
	食品製造の形態 ※食品製造の場合（加工品、半製品等、惣惣等）		
	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		
申請に 係る 届出	特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 ※この申請書の情報は、国の事務に必要な程度において、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		
届出者	(ふりがな)	届出番号	
届出者	届出者氏名		

1 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必ず図面を添付してください。
2 許可営業の申請書の住所、色名の変更の場合は、住所、色名が確認できる公的証明等（住民票、運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）を添付してください。（申請者が個人の許可営業の場合のみ）
3 食品衛生責任者の変更の場合は、食品衛生責任者の実務を証明する書類（職務経歴書の写し、食品衛生責任者養成講習会の修了証など）を添付してください。
4 営業許可の記載事項に変更がある場合は、欄に交付されている営業許可を添付してください。

旧

【概要：許可受理のみ】 ※届出受理の場合は、この面の変更事項のみ記載してください

法第13条第2項関係 申請者情報 (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99条から第101条までの規定により許可を取り消され、その取消の日から起算して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。	取消に該当																				
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食料用(重量が100グラム以下である旨に定められたもの) <input type="checkbox"/> ②飲料用 <input type="checkbox"/> ③食肉用 <input type="checkbox"/> ④食用油脂(食品又は食品の調製を経て製造されるもの) <input type="checkbox"/> ⑤調味料用 <input type="checkbox"/> ⑥食肉ソーセージ <input type="checkbox"/> マーガリン <input type="checkbox"/> ⑧調味料(食品に含有)等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"/> ショートニング																					
(ふりがな) 食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者(実)」も別紙記載 登録した講習会 食品衛生管理者講習会 食品衛生管理者講習会 受講した講習会 受講日：	資格の種類 講習会名称： 受講日：																				
使用水の種類 <input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 専用水道 <input type="checkbox"/> 器具専用水道 <input type="checkbox"/> 小規模受水罐水道 <input type="checkbox"/> 器具給水水道 <input type="checkbox"/> その他の飲用に適する水()	自動車による受水 <input type="checkbox"/> 自動車による受水 <input type="checkbox"/> 国土交通省の定める規格に適合する受水 <input type="checkbox"/> 自動車登録番号 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																				
飲食店のうち器具飲食店営業の施設 <input type="checkbox"/> 生食用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) ふぐ包丁製造者 ※ふぐを処理する営業の番号 免許番号																					
届付書類 <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"/>																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>申請番号</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 指令第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>横浜市 指令第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>横浜市 指令第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>横浜市 指令第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	申請番号	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			
申請番号	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】 【変更前の内容】 【変更年月日】 年 月 日 【事務処理済】 <input type="checkbox"/> 申請者公的証明書 <input type="checkbox"/> 責任者資格要件 <input type="checkbox"/> 申請証 届出受理日： 年 月 日	(受付印)																				

第 16 号様式及び第 17 号様式 (省略)

新

【概要：許可受理のみ】 ※届出受理の場合は、この面の変更事項のみ記載してください

法第13条第2項関係 申請者情報 (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99条から第101条までの規定により許可を取り消され、その取消の日から起算して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。	取消に該当																				
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食料用(重量が100グラム以下である旨に定められたもの) <input type="checkbox"/> ②飲料用 <input type="checkbox"/> ③食肉用 <input type="checkbox"/> ④食用油脂(食品又は食品の調製を経て製造されるもの) <input type="checkbox"/> ⑤調味料用 <input type="checkbox"/> ⑥食肉ソーセージ <input type="checkbox"/> マーガリン <input type="checkbox"/> ⑧調味料(食品に含有)等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"/> ショートニング																					
(ふりがな) 食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者(実)」も別紙記載 登録した講習会 食品衛生管理者講習会 食品衛生管理者講習会 受講した講習会 受講日：	資格の種類 講習会名称： 受講日：																				
使用水の種類 <input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 専用水道 <input type="checkbox"/> 器具専用水道 <input type="checkbox"/> 小規模受水罐水道 <input type="checkbox"/> 器具給水水道 <input type="checkbox"/> その他の飲用に適する水()	自動車による受水 <input type="checkbox"/> 自動車による受水 <input type="checkbox"/> 国土交通省の定める規格に適合する受水 <input type="checkbox"/> 自動車登録番号 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																				
飲食店のうち器具飲食店営業の施設 <input type="checkbox"/> 生食用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) ふぐ包丁製造者 ※ふぐを処理する営業の番号 免許番号																					
届付書類 <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"/>																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>申請番号</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 指令第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>横浜市 指令第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>横浜市 指令第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>横浜市 指令第 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	申請番号	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			
申請番号	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】 【変更前の内容】 【変更年月日】 年 月 日 【事務処理済】 <input type="checkbox"/> 申請者公的証明書 <input type="checkbox"/> 責任者資格要件 <input type="checkbox"/> 申請証 届出受理日： 年 月 日	(受付印)																				

第 16 号様式及び第 17 号様式 (省略)