

生活衛生営業自主衛生管理状況確認票 (興 行 場)

毎月1回、
点検して下さい。

		月																	
		日																	
1	施設内は、毎日清掃し、清潔か。																		
2	場内は、定期的に消毒されているか。																		
3	食堂、売店、食品販売施設は、清潔で、衛生的か。																		
4	各階の見やすいところに温度計及び湿度計があり、適正に管理されているか。																		
5	入場者用座布団等は、清潔で、衛生的か。保管場所は適当か。																		
6	トイレは清潔か。																		
7	清掃用具等は専用の保管場所があるか。																		
8	換気設備・空調設備は、定期的に保守点検、清掃されているか。																		
9	禁煙及び喫煙所の表示があり、適正に管理されているか。																		
10	採光、照明は十分か。																		
11	換気は十分か。																		
12	定員、非常口の表示は適切か。																		
13	ねずみ、蚊、ハエ、ゴキブリ、ノミ等の駆除を定期的に行っているか。																		
14	定期的に健康診断を受けているか。																		
15	お客様からの注意や要望に適切に対処しているか。																		
評価 A：全部○ B：×が2以内 C：×が4以内 D：×が5以上 (優秀) (良好) (要努力) (改善を要する)																			
		A、B、C、D 点検者サイン																	

※ 該当しない項目は、空白にしてください。

【 営業者の皆様へ 】

- 1 本票は、施設の衛生水準の維持向上を図るために、施設内に備えてご利用ください。
- 2 保健所環境衛生監視員から要請があった場合は、本票の確認を受けてください。

配布者			
確認者			