（様式１）

**さっぽろＨＡＣＣＰロゴマーク使用許可申請書**

　　年　　月　　日

(あて先) 札幌市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

申請者

（法人の場合は、その名称、事務所所在地及び代表者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　 　　 担当者氏名

さっぽろＨＡＣＣＰロゴマークの使用について許可を受けたいので、以下のとおり申請します。

なお、使用にあたっては、「さっぽろＨＡＣＣＰマーク取扱要領」に従います。

|  |  |
| --- | --- |
| 使用するマーク | □ ベーシック認証マーク  □ プレミアム認証マーク |
| 使用目的 | ※具体的に記入してください。 |
| 使用対象物 | □ 施設　　□ 製品　　□ 広報物　　□ 名刺　　□ ＨＰ  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用対象物の  名称、場所等 |  |
| 使　用　期　間 | 年 　月 　日　　～　　 年 　月 　日 |
| 使用・表示方法及びその形態  （サンプルがあれば添付） | さっぽろＨＡＣＣＰマークに付帯して記載する事項  □なし　　　　　　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 認証等の年月日 |  |
| 認証証の番号 | 年度　第　　　号 |

備考：この様式により難いときは，この様式に準じた別の様式を使用することができる。