

確認状況報告書()月分

年 月 日

(あて先)
大津市保健所長

報告者 住所

氏名

電話

〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地
並びに名称及び代表者の氏名 〕

食鳥処理の事業の規制及び食鳥検査に関する法律第 16 条第 7 項の規定により、次のとおり確認状況を報告します。

食鳥処理場の名称					
食鳥処理場の所在地					
確認期間	年 月 日から 年 月 日まで				
食鳥処理をした食鳥の種類	鶏		あひる	七面鳥	その他 ()
	ブロイラー	成鶏			
処理羽数	羽	羽	羽	羽	羽
基準に適合した羽数	羽	羽	羽	羽	羽
基準に適合しなかった羽数及び理由	羽数	羽	羽	羽	羽
	理由				
食鳥処理の事業の規制及び食鳥検査に関する法律第 19 条に基づく措置	羽数	羽	羽	羽	羽
	内容				

注1 用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 番とする。

2 添付書類

処理日別確認状況報告書