

餐飲衛生管理分級評核基本資料表  
致 衛生局

時間：  年  月  日

餐飲業者商業或公司登記名稱及市面招牌名稱	商業或公司登記：  市面招牌名稱：	電話	
營業地址		負責人	
商業登記、公司登記或稅籍登記		*食品業者登錄字號	
管理衛生人員		從業人員(人數)	廚師： 外場： 其他從業人員：
<p>檢附文件：</p> <p><input type="checkbox"/> 商業登記、公司登記或攤販許可證相關文件影本一份，並加蓋負責人印章。</p> <p><input type="checkbox"/> 用水符合飲用水證明或自來水收費收據。</p> <p><input type="checkbox"/> 產品責任險證明(具商業登記或公司登記者)    <input type="checkbox"/> 非規範對象</p> <p>        【保險公司名稱：  ；保險期間：  】。</p>			

◎油炸油品質監控暨廢食用油自主管理紀錄表【店名：

】（ 年 月）

附表三

日期	時間	油品品質管理						油質評估						酸價試紙測試	總極性物質分析儀		今日有否全部更換新油		廢食用油處理				簽名						
		是否有濾油		是否撈除油渣		是否回添新油		油品顏色變深		油耗味		泡沫多			油炸油發煙				有	無	有	無		垃圾車回收	合格廠商回收	集中處理	數量【公斤】		
		有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無		有	無	有	無											
1日																													
2日																													
3日																													
4日																													
5日																													
6日																													
7日																													
8日																													
9日																													
10日																													
11日																													
12日																													
13日																													
14日																													
15日																													
16日																													
17日																													
18日																													

日期	時間	油品品質管理						油質評估						酸價試紙 測試		總極性物 質分析儀		今日有 否全部 更換新 油		廢食用油處理				簽名			
		是否有濾油		是否撈 除油渣		是否回添 新油		油品顏色 變深		油耗味		泡沫多								油炸油 發煙		垃圾 車回 收	合格 廠商 回收		集中 處理	數量 【公斤】	
		有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無										
19日																											
20日																											
21日																											
22日																											
23日																											
24日																											
25日																											
27日																											
28日																											
29日																											
30日																											
31日																											
說明	<p>※建議監測時間為營業前、尖峰時間過後。</p> <p>※若無使用「酸價試紙」或「總極性物質分析儀」測試，則2項表格可不需填寫。</p> <p>備註：</p>																										

廁所自主管理紀錄表【店名：】（ 年 月）

日期	時間	張貼洗手步驟		地面、洗手台、鏡面		垃圾桶		衛生紙		擦手紙		抽水馬桶		處理情形		簽名	備註
		有	無	已清理	未清理	已清理	未清理	有	無	有	無	已清理	未清理	已處理	未處理		
1日																	
2日																	
3日																	
4日																	
5日																	
6日																	
7日																	
8日																	
9日																	
10日																	
11日																	
12日																	
13日																	
14日																	
15日																	
16日																	
17日																	
18日																	
19日																	
20日																	
21日																	
22日																	
23日																	
24日																	
25日																	
26日																	
27日																	
28日																	
29日																	
30日																	
31日																	
說明	×：表示無此情形 √：表示有此情形 ※若無上列項目表格可不需填寫。																

## 健康檢查證明書範本(食品從業人員用)

貼近三個月相片	姓名		出生 年月日		年 月 日
	住址				
	身份證字號			性別	<input type="checkbox"/> 男
	檢查日期	年 月 日			<input type="checkbox"/> 女
檢 查 項 目	結 果		蓋  關  防  檢 查 醫 師		
身 高	公分				
體 重	公斤				
手 部 皮 膚 病					
A 型肝炎(可單選 IgM) <input type="checkbox"/> Anti-HAV IgM 抗體 <input type="checkbox"/> Anti-HAV IgG 抗體 <input type="checkbox"/> 如提具 A 型肝炎免疫力證明者，得免驗此項	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性				
出 疹、膿 瘡					
結 核 病 (X 光)					
眼 疾					
傷 寒					
其 他					
總 評					

**注意事項：**

1. 本證明未蓋關防及相片騎縫章者無效。
2. 受檢人應自行貼妥最近正面脫帽照片。
3. 食品從業人員應每年至醫院檢查，體檢證明應保存壹年。
4. 上述檢查項目為餐飲從業人員之必要項目，其他項目各單位可視需求自行增加。

# 切 結 書

依據食品安全衛生管理法相關規定：「凡與食品直接接觸及清洗食品設備與用具之用水應符合飲用水水質標準」。

本公司/商號/店/\_\_\_\_\_所使用之水源為自來水公司提供之「自來水」，因現場無法立即提供自來水收費收據或影印本；本人簽其切結書以茲證明。

此致

基隆市衛生局

姓 名：

地 址：

電 話：

中 華 民 國            年            月            日