



## 卫生检验处 餐饮场所许可证 申请程序

1. 填写卫生处申请
2. 支付卫生处费用
3. 制定四（4）套计划（至少 11x17 按比例绘制）
4. 提交经 NSF/UL 批准的制造商提供的所有新设备规格表的一（1）份副本 NSF 制冷标准 #7
5. 填写并提交食品计划审查工作表
6. 提交附有消费者咨询意见（如适用）的菜单的一（1）份副本
7. 将已签署的计划连同建筑申请和适当费用提交至建筑部门（Building Division）
8. 建筑许可证必须由检验人员签署
9. 进入下个阶段

### 申请许可证

（申请仅当面接收）

1. 向建筑部门申请/领取适当的占用证书和/或检验证书
2. 将占用证书和检验证书副本交给卫生处
3. 填写卫生处申请
4. 提交全职现场食品经理认证和过敏原意识认证的副本
5. 提交通用食品经营许可证（Victuallers License）（仅针对餐厅）
6. 支付卫生费用并请求卫生处执行“开业前检验”



# 检验服务部门

仅供卫生局使用				
<u>接收日期</u>	<u>检验日期</u>	<u>批准</u>	<u>发放的许可证编号</u>	<u>费用</u>
_____	_____	_____	_____	_____

## 餐饮场所许可证申请

1) 餐饮场所名称:	
2) 餐饮场所地址:	
3) 餐饮场所邮寄地址 (如不同):	
4) 餐饮场所电话号码:	
5) 申请人姓名和职务:	
6) 申请人地址:	
7) 申请人电话号码:	电子邮箱地址:
8) 所有者 (如不同于申请人) 姓名和职务:	
9) 所有者 (如不同于申请人) 地址:	
10) 餐饮场所所有者:	11) 若为公司或合伙企业, 请提供管理人员或合伙人的姓名、职务和住宅地址:
协会	姓名: _____ 职务: _____ 地址: _____
公司	
个人	
合伙企业	
其他法定实体	
12) 直接负责日常运营的人员 (所有者、负责人、主管、经理等) 姓名和职务:	
姓名和职务:	
地址:	

电话号码:	传真:	
紧急电话号码:		
<b>13) 地区或区域主管 (如适用)</b>		
姓名和职务:		
地址:		
电话号码:	传真:	
<b>14) 水源</b>	<b>15) 垃圾处理公司</b>	
污染水处理	加工公司 (油脂)	
<b>16) 运营日期和时间:</b>	<b>17) 食品从业人员人数</b>	
<b>18) 食品防护管理认证负责人姓名:</b>		
要求自 2001 年 10 月 1 日起按照 105 CMR 590.003(A) 执行。请附上证书副本。		
<b>19) 接受过防窒息程序培训的人员 (若坐席为 25 人或以上):</b> 是                    否		
<b>20) 地点 (勾选一项):</b>	<b>21) 场所类型 (勾选所有适用项)</b>	
永久性结构	零售 (          平方英尺)                    饮食服务公司	
移动	餐饮服务 (          坐席)                    食品外送	
注册编号	餐饮服务 - 外卖                    流动食品	
运营基地	餐饮服务 - 机构                    流动食品 (无预定)	
	(          餐食/日间)	
	(          住宿)                    烘焙食品	
	冷冻甜点制造商	
	<b>其他 (请说明):</b>	
<b>22) 许可时长:</b>	_____	
(勾选一项)	_____	
年		
季节/日期		
_____		
临时/日期/时间		
_____		
<b>23) 食品运营:</b>	<b>定义: TCS - 控制时间/温度以确保食品安全</b>	
(勾选所有适用项):	<b>非 TCS - 不要求控制时间/温度</b>	
	<b>即食食品 (例如: 三明治、沙拉、松饼等无需进一步加工的食品)</b>	
商用预包装非 TCS 食品	按顾客订单烹饪的 TCS	烹饪后冷却的热 TCS 或保温以便送餐超过一次的热食品
商用预包装 TCS	单次送餐冷热 TCS 食品的制备	

非 TCS 食品制备	供消费者制备的生动物食品的销售	为高易感人群机构制备的 TCS 和 RTE 食品
重新加热商业加工食品以便 4 小时内送餐	客户自助服务	
仅限非 TCS 和非易腐食品的客户自助服务	制冰并包装以供零售	真空包装/烹饪冷藏
		需要变更和/或 HAACP 计划的过程使用
制备食品后 1 小时内配送	生产果汁并包装以供零售	提供生的或未煮熟的动物来源的食品
<b>其他（请说明）：</b> _____ _____	批量提供 RTE TCS	为餐饮活动或机构餐饮服务制备食品/单次餐食
	零售救助、过期或二手食品	

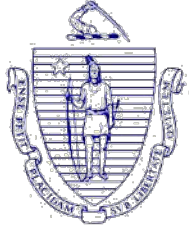
本人作为下方签名者，保证本申请中所提供信息的准确性，并且本人确认，餐饮场所运营将遵守 105 CMR 590.000 和所有其他适用法律。卫生局已就如何获取 105 CMR 590.000 和联邦 2013 年食品规范 (Federal 2013 Food Code) 以及 2015 年补充文件之副本向本人做出说明。

24) 申请人签名：\_\_\_\_\_

根据 MGL 第 62C 章第 49A 节规定，本人在承担伪证惩罚的前提下证明，据本人所知所信，本人已提交所有州纳税申报表并支付法律规定的州税。

25) 联邦 ID：\_\_\_\_\_

26) 个人签名或公司名称：\_\_\_\_\_



马萨诸塞州  
工业事故部门  
调查办公室

Lafayette 市中心

2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750

www.mass.gov/dia

工伤保险宣誓书：一般企业

申请人信息

请工整清晰填写

企业/组织名称： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

城市/州/邮编： \_\_\_\_\_ 电话号码： \_\_\_\_\_

你是否为雇主？ 勾选合适的选框：

1. 我是雇主，有 \_\_\_\_\_ 名员工（全职和/或兼职）。\*
2. 我是独资经营者或合伙企业，没有员工以任何身份为我工作。  
[无需工伤保险]
3. 我们是公司，我们的管理人员已根据 c. 152, § 1(4) 行使了他们的豁免权，我们没有员工。[无需工伤保险]\*\*
4. 我们是非盈利组织，工作人员由志愿者担任，无员工。  
[无需工伤保险]

企业类型（必填）：

5. 零售
6. 餐厅/酒吧/餐饮场所
7. 办公室和/或销售（包括不动产、汽车等）
8. 非盈利
9. 娱乐
10. 制造
11. 医疗保健
12. 其他 \_\_\_\_\_

\*勾选第 1 个选框的所有申请人另须填写下方部分，表明其工伤保单信息。

\*\*如果公司管理人员自行免除，但公司有其他员工，则工伤保单为必填，此等组织应勾选第 1 个选框。

我是为员工提供工伤保险的雇主。以下为保单信息。

保险公司名称： \_\_\_\_\_

保险公司地址： \_\_\_\_\_

城市/州/邮编： \_\_\_\_\_

保单编号或自我保险许可证编号 \_\_\_\_\_ 到期日： \_\_\_\_\_

附上工伤保单声明页副本（指明保单编号和到期日）。

若未能按照 MGL c. 152 第 25A 条的要求获得保险，违规者将被处以最高 1500 美元罚款和/或一年监禁的刑事处罚，以及以停工命令（STOP WORK ORDER）和每天最高 250 美元罚款的形式进行的民事处罚。注意，此声明的副本可转至 DIA 调查办公室进行保险范围核实。

本人特此在承担伪证处罚的前提下证明，上述信息真实无误。

签名 \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

仅供办公使用。请勿在本部分书写，本部分须由城镇官员填写。

城镇： \_\_\_\_\_ 许可证编号 \_\_\_\_\_

签发机构（勾选一项）：

- |            |             |           |            |
|------------|-------------|-----------|------------|
| 1. 卫生局     | 2. 建筑部门     | 3. 城/镇书记员 | 4. 执照管理委员会 |
| 5. 行政委员办公室 | 6. 其他 _____ |           |            |

联系人： \_\_\_\_\_ 电话号码： \_\_\_\_\_

# 信息和说明

马萨诸塞州一般法第 152 章要求所有雇主为其员工提供工伤赔偿。根据该法规，**员工**的定义是“……根据明示或默示、口头或书面的雇佣合同为他人服务的所有人。”

**雇主**的定义是“个人、合伙企业、协会、公司或其他法定实体，或上述任何两个或两个以上从事联合企业的组织，包括已故雇主的法定代表，或雇用员工的个人、合伙企业、协会或其他法定实体的接管人或受托人。但是，居住在不超过三间公寓的住宅的所有者，或雇用人员以便在该住宅或其地面或附属物上执行保养、建造或修理工作的他人住宅的居住者，不得因此等雇用而被视为雇主。”

MGL 第 152 章 § 25C(6) 还规定，“每个州或当地执照管理机构都应拒绝向没有提供符合保险要求之可接受证据的申请人发放或续发在联邦经营企业或建造建筑物的许可证。”此外，MGL 第 152 章 § 25C(7) 规定，“在向承包当局提交符合本章保险要求的可接受证据之前，联邦及其任何政治分支均不得签订任何开展公共工程的合同。”

---

## 申请人

请完整填写工伤赔偿宣誓书，勾选适用于您的情况的选框，如有必要，请提供您的保险公司名称、地址和电话号码以及保险证书。除成员或合伙人之外没有其他员工的有限责任公司 (LLC) 或有限责任合伙公司 (LLP) 无需购买工伤保险。如果 LLC 或 LLP 确实有员工，则需要保单。注意，本宣誓书可提交至工业事故部门以确认保险范围。**请务必签署宣誓书并注明日期。**宣誓书应交还至要求申请许可证的城镇，而非工业事故部门。如果您有关于法律的任何疑问，或您需要获取工伤保单，请拨打下方列出的电话号码联系本部门。自我保险公司应在适当行中填入其自我保险许可证编号。

---

## 城镇官员

请确保宣誓书完整且清晰工整填写。本部门在宣誓书底部留有空白区域供您填写，以便调查办公室因申请人的问题与您联系。请务必填写将用作参考编号的许可证编号。此外，在任何既定年份必须提交多次许可证申请的申请人仅需提交一份宣誓书，指明现有保单信息（如需）。已由城镇官方盖印或标记的宣誓书之副本可提供给申请人作为证据，证明有效宣誓书已存档以用于未来许可证。每年必须填写新的宣誓书。如果房主或公民意图获取与任何企业或商业企业无关的许可证（例如犬类许可证或焚烧树叶许可证等），则无需填写本宣誓书。

调查办公室事先感谢您的配合，如有任何疑问，请立即给我们来电。

---

本部门地址、电话和传真号码：

马萨诸塞州  
工业事故部门  
调查办公室  
Lafayette 市中心  
2 Avenue de Lafayette,  
Boston, MA 02111-1750  
电话 (857) 321-7406 或 1-877-MASSAFE  
传真 (617) 727-7749  
www.mass.gov/dia