

THE PUBLIC HEALTH ACT Application for Food Handler's Permit

ealth):	
nber	
lber	
ber	
har	
INL I	
INI V	
	⊔ NO
_	□ NO
ale	
(W)	
	(W)

PLEASE DO NOT WRITE ON THIS PAGE MINISTRY OF HEALTH HEALTH INTERVIEW FORM FOR FOOD HANDLERS

Category of	Food Handler:	:	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•••••			
Literacy	Literate	YES ()	NO ()			
1. Have you	u ever had typh	oid or paratyphoid	l fever YES ()	NO ()	
2. Are you	suffering from?	•					
,	Skin rash			YES		NO ()	
,	Boils or sores			YES		NO ()	
		or vomiting now or	within the	YES	()	NO ()	
	ast seven days	.•		T. T. C.		NO ()	
d) 1	Discharge from	the eye		YES	()	NO ()	
	Discharge from				()		
1) D	Discharge from t	the nose		YES	()	NO ()	
3. Have you	u ever lived abr	oad?					
If ye	es:						
Who	ere	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•••••			
Who	en			•••••			
Hav	e you traveled a	abroad recently		YES	()	NO ()	
If ye	es: where	•••••	when	•••••	•••••	•••••	
<u>PHYSICAL</u>	EXAMINATIO	ON (Observation)					
Whi	itlow:						
Han							
	gernails:						
Teet	_						
MEDICAL	EXAMINATIO	ON (If conducted)					
Togs	t uaaammandad						
Resi	t recommended	•					
Kesi	uits.						
EDUCATIO	ONAL SESSION	<u>N</u>					
Result of qu							
	••••••	•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • • • •	•••••	• • • • •
Name, Addı	ress and Teleph	one No. of your do	octor				
	Name:		•••••	• • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•••••	••••
	Address						
	•••••	•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • • • •	••••••	•
	Telephone I	No	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				