



เมืองซูซีตี้  
จัดตั้งศูนย์บริการอาหาร (FSE)  
แบบฟอร์มการควบคุมกลไกการควบคุมไขมันไขมันและไข

โปรดกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนแยกต่างหากสำหรับกลไกการควบคุมไขมันแต่ละชนิด (GCM) ที่ตั้งอยู่ในสถานบริการอาหาร (FSE)

ชื่อ FSE: \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ FSE: \_\_\_\_\_

FSE ที่อยู่ถนน: \_\_\_\_\_ FSE รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_

FSE ที่ตั้ง: อาคารเดี่ยว \_\_\_\_\_ อาคารที่ใช้ร่วมกัน \_\_\_\_\_

ประเภท FSE:

ชื่อผู้ติดต่อ: \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง: \_\_\_\_\_

ที่อยู่ติดต่อ: \_\_\_\_\_

รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_ อีเมลติดต่อ: \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ติดต่อ: \_\_\_\_\_ ต่อ: \_\_\_\_\_ โทรสาร: \_\_\_\_\_

จำนวนการแข่งขัน:	_____ คนทอดปลา	_____ อ่างล้างหน้า 3 ช่อง	_____ การกำจัดขยะ	_____ อ่างล้างมือก่อน
_____ เตา	_____ อ่าง 2 ช่อง	_____ กาน้ำเอียง	_____ ที่อกเขาวอก	_____ เตาอบ
_____ อ่าง 1 ช่อง	_____ เครื่องล้างจาน			
_____ ชั้บอ่างล้างมือ	_____ อื่น ๆ _____			

GCM สถานที่ / ประเภท: \_\_\_\_\_ ภายนอก \_\_\_\_\_ ภายในภายในจัมกับดัก  
\_\_\_\_\_ ชั้นวางกับดัก \_\_\_\_\_ ไม่มี GCM ติดตั้ง \_\_\_\_\_ อื่น \_\_\_\_\_

ขนาด GCM: \_\_\_\_\_ แกลลอน \_\_\_\_\_ ปอนด์ \_\_\_\_\_ แกลลอนต่อนาที

ผู้ผลิต GCM (หากไม่ทราบโปรดเว้นว่างไว้):  
\_\_\_\_\_

รุ่น GCM (หากไม่ทราบให้เว้นว่างไว้):  
\_\_\_\_\_

บริษัท บริการ GCM (หากไม่ทราบโปรดเว้นว่างไว้):  
\_\_\_\_\_

ความถี่ในการทำความสะอาด: \_\_\_\_\_ รายวัน \_\_\_\_\_ สัปดาห์ละสองครั้ง \_\_\_\_\_ รายสัปดาห์ \_\_\_\_\_ ไตรมาส \_\_\_\_\_ ปี

\* เป็นความรับผิดชอบของ FSE เพื่อเก็บบันทึกการทำความสะอาด / ตารางการสูบน้ำในสถานที่เป็นเวลา 3 ปี

บริษัท ให้บริการสูบน้ำ (ถ้าไม่ทราบปล่อยให้ว่างไว้):

---

สีเหลือง / ทอดไขมัน บริษัท :

---

สีเหลือง / ทอดไขมันแสดงคอนเทนเนอร์ในสถานที่? \_\_\_\_\_ ใช่ \_\_\_\_\_ ไม่

ถ้าใช่คอนเทนเนอร์การจัดส่งจะมีสีเหลือง / ทอดในการบรรจุ: \_\_\_\_\_ ใช่ \_\_\_\_\_ ไม่

จำนวนที่ถัง: \_\_\_\_\_

จำนวนอาหารที่ให้บริการทุกวัน (โดยเฉลี่ย): \_\_\_\_\_

ปัจจุบันคุณเคยใช้ผลิตภัณฑ์ใด ๆ เพื่อช่วยในการกำจัด FOG (เช่นสารเคมีชีวภาพ ฯลฯ ) หรือไม่? \_\_\_\_\_ ใช่ \_\_\_\_\_ ไม่

ถ้ามีโปรดอธิบาย: \_\_\_\_\_

ความคิดเห็นหรือข้อมูลอื่น ๆ : \_\_\_\_\_

I, (พิมพ์ชื่อ) \_\_\_\_\_ รับรองว่าตามความรู้ของฉัน

ข้อความข้างต้นถูกต้อง

(ลายเซ็น) \_\_\_\_\_ (วันที่) \_\_\_\_\_

หลังจากกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้วให้ส่งแบบฟอร์มการลงทะเบียน GCM ไปยังหัวหน้าห้องปฏิบัติการ:

คุณสามารถส่งสำเนาที่ส่งทางไปรษณีย์ไปที่:

City of Sioux City WWTP

C / O Vicki Baker

3100 S. Lewis Blvd

Sioux City, IA 51106

สามารถส่งแฟกซ์ไปที่: (712) 279-6191

สำเนาที่สแกนสามารถส่งไปที่: [vbaker@sioux-city.org](mailto:vbaker@sioux-city.org)