



**เมืองซูซีดี**  
**จัดตั้งศูนย์บริการอาหาร (FSE)**  
**แบบฟอร์มการควบคุมกลไกการควบคุมไขมันไขมัน**  
**และไขมัน (FOG)**



โปรดกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนแยกต่างหากสำหรับกลไกการควบคุมไขมันแต่ละชนิด (GCM) ที่ตั้งอยู่ในสถานบริการอาหาร (FSE)

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

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

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

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

ที่อยู่ติดต่อ: \_\_\_\_\_

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

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

จำนวนการแข่งขัน:	_____ คนทอดปลา	_____ อ่างล้างหน้า 3 ช่อง	_____ การกำจัดขยะ
_____ อ่างล้างมือก่อน	_____ เต้า	_____ อ่าง 2 ช่อง	_____ กาน้ำเหยียง
_____ เทือกเขาวอก	_____ เต้าอบ	_____ อ่าง 1 ช่อง	_____ เครื่องล้างจาน
_____ ชั้บอ่างล้างมือ	_____ อื่น ๆ _____		

GCM สถานที่ / ประเภท: \_\_\_\_\_ ภายนอก \_\_\_\_\_ ภายในภายในจมกับดัก \_\_\_\_\_ ชั้นวางกับดัก

\_\_\_\_\_ ไม่มี GCM ติดตั้ง \_\_\_\_\_ อื่น \_\_\_\_\_

ขนาด GCM: \_\_\_\_\_ แกลลอน \_\_\_\_\_ ปอนด์ \_\_\_\_\_ แกลลอนต่อหน้าที่

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

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

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

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

\* เป็นความรับผิดชอบของ FSE เพื่อเก็บบันทึกการทำความสะอาด / ตารางการสูบน้ำในสถานที่เป็นเวลา 3 ปี

บริษัท ให้บริการสูบน้ำ (ถ้าไม่ทราบปล่อยว่างไว้):

---

สีเหลือง / ทอดไขมัน บริษัท :

---

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

ถ้าใช่ใช้คอนเทนเนอร์การจัดส่งจากระเบีสีเหลือง / ทอดในการบรรจุ: \_\_\_\_\_ ใช่ \_\_\_\_\_ ไม่

จำนวนที่นี้: \_\_\_\_\_

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 FOG Program

3100 S. Lewis Blvd

Sioux City, IA 51106

สามารถส่งแฟกซ์ไปที่: (712) 279-6191

สำเนาที่สแกนสามารถส่งไปที่: FOG@sioux-city.org