|  |  |
| --- | --- |
| Tên cơ sở: ………………………………………………..Người kiểm tra: ………………………………………….Thời gian kiểm tra: ngày …..tháng ……..năm ………….Địa điểm kiểm tra:………………………………………… | **Mẫu số 2: Kiểm tra khi chế biến thức ăn (Bước 2)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Ca/bữa ăn *(Bữa ăn, giờ ăn...)* | Tên món ăn | Nguyên liệu chính để chế biến *(tên, số lượng...)* | Số lượng/ số suất ăn | Thời gian sơ chế xong *(ngày, giờ)* | Thời gian chế biến xong *(ngày, giờ)* | Kiểm tra điều kiện vệ sinh *(từ thời điểm bắt đầu sơ chế, chế biến cho đến khi thức ăn được chế biến xong)* | Kiểm tra cảm quan thức ăn *(màu, mùi, vị, trạng thái, bảo quản...)* | Biện pháp xử lý/Ghi chú |
| *Người tham gia chế biến* | *Trang thiết bị dụng cụ* | *Khu vực chế biến và phụ trợ* | *Đạt* | *Không đạt* |
| *(1)* | *(2)* | *(3)* | *(4)* | *(5)* | *(6)* | *(7)* | *(8)* | *(9)* | *(10)* | *(11)* | *(12)* | *(13)* |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |