

健康被害・不良食品等処理記録

受付日時	2017年8月18日(金) 10:15	受付者	お客様相談係 ○○○○
件名	賞味期限切れ商品の販売		
発生日時	2017年8月17日(木) 19:30頃	発生場所	発見者の自宅
申出者	<input type="checkbox"/> 従事者 (氏名) ○○○(女性) <input checked="" type="checkbox"/> 消費者	連絡先	(住所) 滋賀県○○市○○ ○番地 (電話) 077-528-0000
商品名	◇◇◇◇◇ のりしお味 65g入り	ロット (期限等)	賞味期限 2017年7月25日
申出内容	「昨日購入した商品を昨夜食べようとしたところ、消費期限がとっくに過ぎていた。」と電話にて申出あり。		
調査対象	当該品と同一ロットの商品で店頭に残っている4袋をバックヤードに下げるとともに、販売記録を確認したところ、賞味期限後には9袋を販売していることが判明。そのうち2袋はカード会員に販売したことが判明。(2袋のうち1袋は苦情者)		
経過	日時	措置対応等の内容	
	8/18 12:00	○○店長、苦情者宅へ謝罪、返金のうえ、現品引取り。	
	8/18 14:00	苦情者以外の1名の会員客宅へも連絡し、返金のうえ、現品引取り。	
	8/18 15:00	緊急対策会議で当該ロットの自主回収を決定。	
	8/18 16:00	食品課長: ○○保健所に回収報告(別紙)、在庫品の再点検。	
		総務課長: ホームページ掲載準備。店頭ポップ作成指示。	
	8/19 9:00	ホームページ掲載完了。	
	8/31 12:00	自主回収終了。回収品廃棄。○○保健所に回収完了報告提出(別紙)	
改善対策			
備考		確認者	(店長) (食品課長) (責任者)

食品等自主回収着手報告書

滋賀県知事 様

報告者 滋賀県〇〇市〇〇1-2-3
株式会社〇〇〇 △△店 店長 近江 太郎

下記のとおり報告します。

食品等の名称	◇◇◇◇◇ のりしお味
容器、包装の形態 および内容量	合成樹脂製袋入り 1袋 65g
生産、製造、輸入または 販売者の名称(固有記 号)およびその住所	株式会社〇〇食品 〇〇工場 〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇〇番地
消費期限・賞味期限	(賞味期限) 2017年7月25日
製造年月日、ロット No.等 製品の特定情報	(ロット No) PMA
製造等または出荷数量 流通地域、販売店	(賞味期限後の販売数量) 9袋 (販売先)一般消費者
一般消費者等の 問合せ窓口、連絡先	お問い合わせ窓口(総務課長 〇〇 〇〇) 電話番号:077-***-***
報告(回収等)の理由 および予想される健康 への影響	<input checked="" type="checkbox"/> 食品衛生法違反 (違反のおそれ) <input type="checkbox"/> 食品表示法違反 (違反のおそれ) <input type="checkbox"/> 健康被害の発生 <input checked="" type="checkbox"/> 健康被害のおそれ <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> 具体的内容および健康への影響 賞味期限切れ商品の販売による健康被害の可能性 あり </div>
措置(回収等)の方法等 (販売店等からの回収 方法、消費者からの 回収方法、回収品の 保管場所など)	措置の内容: <input checked="" type="checkbox"/> 回収、 <input type="checkbox"/> その他()、 <input type="checkbox"/> 措置なし 実施時期: 平成 29 年 8 月 18 日～平成 29 年 8 月 31 日 具体的内容(措置しない場合はその理由) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> 店頭より当該商品の撤去 消費者からの申出にはレシートによる返金、宅配着払い返品による返金 </div>
一般消費者への 周知方法	当社ホームページ掲載、店頭ポップ掲示
県ホームページ等での公表 の可否	公表 <input checked="" type="checkbox"/> 可 否の理由: <input type="checkbox"/> 否
報告担当者の氏名 所属部署、連絡先	株式会社〇〇〇 △△店 食品課長 〇〇 〇〇 (電話)077-528-0000

(注)必要に応じ、枠を拡大し、または関係資料(写真、一覧表等)を添付して具体的に記載してください。
保健所等担当者記載欄 ※報告者は記載しないでください。

条例の該当条項 ※ <input type="checkbox"/> にチェック	第 18 条: <input type="checkbox"/> 第1項第1号、 <input type="checkbox"/> 第1項第2号、 <input type="checkbox"/> 第2項、 <input type="checkbox"/> 非該当 第 19 条: <input type="checkbox"/> 第1項、 <input type="checkbox"/> 第3項、 <input type="checkbox"/> 非該当
処理 ※ <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 疑食中毒、 <input type="checkbox"/> 危害除去措置(回収等)対応、 <input type="checkbox"/> 収去検査、 <input type="checkbox"/> その他
公表の要否	公表 要・否 (理由:)
指導等を行った 場合はその概要	

平成 29 年 9 月 1 日

食品等自主回収結果報告書

滋賀県知事 様

報告者 滋賀県〇〇市〇〇1-2-3
株式会社〇〇〇 △△店 店長 近江 太郎

平成 29 年 8 月 18 日に報告しました食品等の回収を終了しましたので、下記のとおり報告します。

食品等の名称	◇◇◇◇◇ のりしお味
回収終了年月日	2017 年 8 月 31 日
回収結果 (販売店等からの回収数量 消費者からの回収数量 回収品の保管場所など)	(店売場からの回収) 4 袋 (消費者からの回収) 2 袋 (合計) 6 袋 (回収品の保管場所) バックヤードの廃棄商品棚に区分して保管
回収品の処分方法	廃棄物処理業者に委託して焼却処分
報告担当者の氏名 所属部署、連絡先	株式会社〇〇〇 △△店 食品課長 〇〇 〇〇 (電話)077-528-0000
備考	