

## 健康被害情報記録

受付日時	平成 年 月 日( )	受付者	
苦情者	氏名	電話番号	
	住所		
喫食日時	平成 年 月 日 : 頃	利用人数	人
苦情内容	何を食べたか？ 体調不良はいつから？ 何人が？ どんな症状か？ 病院を受診したか？		
経過	日 時	措置対応等の内容	
備考		確認者	