

## 健康被害・不良食品等処理記録

受付日時	年 月 日( ) :	受付者	
件名			
発生日時	年 月 日( ) :	発生場所	
申出者	<input type="checkbox"/> 従事者 (氏名) <input type="checkbox"/> 消費者	連絡先	(住所)  (電話)
商品名		ロット (期限等)	
申出内容			
調査対象			
経過	日 時	措置対応等の内容	
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

下記のとおり報告します。

食品等の名称	
容器、包装の形態 および内容量	
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	
消費期限・賞味期限	
製造年月日、ロット No.等 製品の特定情報	
製造等または出荷数量 流通地域、販売店	
一般消費者等の 問合せ窓口、連絡先	
報告(回収等)の理由 および予想される健康 への影響	<input 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 type="checkbox"/> 健康被害のおそれ <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">           具体的内容および健康への影響         </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 type="checkbox"/> 回収、 <input type="checkbox"/> その他( )、 <input type="checkbox"/> 措置なし 実施時期 : 具体的内容(措置しない場合はその理由) ( )
一般消費者への 周知方法	
県ホームページ等での公表 の可否	公表 <input 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	

(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 年 月 日

### 食品等自主回収結果報告書

滋賀県知事 様

報告者

平成 年 月 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	
回収終了年月日	
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〕	
回収品の処分方法	
報告担当者の氏名 所属部署、連絡先	
備考	