

年 月 日

健康福祉センター所長 様
(事業者)住所

氏名

法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者氏名)

自主回収終了報告書

年 月 日に報告した食品等の自主回収が終了したので、栃木県食品等自主回収情報公表制度実施要領 3 (2) により報告します。

| | |
|--|-------|
| 回収された食品等の商品名 (名称) | |
| 回収終了年月日 | 年 月 日 |
| 回収された食品等の数量 複数のロットがある場合は、 ロットごとの数量を記入してく ださい。 | |
| 回収に至った原因 自主回収着手報告書の提出後 新たに判明した事項のみ記入し てください。 | |

| | |
|-----------------------|------|
| 再発防止のために講じた措置 | |
| 回収された食品等の保管場所及び処分等の方法 | |
| 処分等を行う予定時期 | |
| 担当者所属部署及び担当者名 | 電話番号 |