

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)

自主回収着手報告書

次のとおり食品等の自主回収に着手したので、栃木県食品等自主回収情報公表制度実施要領 3 (1) により報告します。

回収する食品等の商品名 (名称)	
回収する食品等を特定する情報 (形態、容量、消費期限・賞味期限、製造番号、表示事項等) ※食品等の表示事項、写真があれば添付してください。	
食品等の出荷 (販売) 年月日、出荷先 (販売店) 及びその数量 ※多数ある場合は、別紙にリストを添付してください。	
回収を開始した年月日	年 月 日
製造等が行われた事業所の名称及び所在地	

<p>回収の理由</p>	<p>1 食品衛生法に違反するもの (違反内容：)</p> <p>2 食品表示法に違反するもの (違反内容：)</p> <p>3 健康への悪影響の未然防止の観点から回収するもの</p> <p>(1) 衛生管理の不備による異常</p> <p>(2) 健康上の被害が生じているもの</p> <p>(3) 行政処分を受けた場合であって、対象処分品と同様の違反が疑われるもの</p> <p>(4) 以下の法律に違反して生産資材が使用された農林水産物に由来する食品</p> <p>ア 農薬取締法</p> <p>イ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律</p> <p>ウ 飼料の安全性の確保及び品質の改善に関する法律</p> <p>4 その他</p> <p>(具体的な内容)</p>
<p>回収に至った原因</p> <p>※不明の場合は、その旨を記入してください。</p>	
<p>回収方法</p> <p>(回収方法、回収情報の周知方法、問い合わせ先、回収品の保管場所、回収終了予定等)</p> <p>※社告等を行う場合は、その内容を添付してください。</p>	
<p>想定される健康への影響</p>	
<p>担当者所属部署及び担当者名</p>	<p>電話番号</p>
<p>備考</p>	

