様式第７号

年　　月　　日

船橋市保健所長あて

自主回収届（着手・変更・終了）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※変更、終了を届け出る場合は、変更箇所のみ記載してください。なお、網かけ箇所は変更等がない場合も記載してください。網かけ箇所を変更する場合は、変更箇所がわかるように丸印をつけてください。  二重線枠内については営業者（届出者）が回収の事務を他の者に指示し、又は委託した場合は記載してください。 | | | | | |
| 食品衛生法第58条第1項 □ 食品表示法第10条の2 □ の規定に基づき、次のとおり食品等の自主回収を届出します。 | | | | | |
| 届出者情報 | 郵便番号： | 電話番号： | | | FAX番号： |
| 電子メールアドレス： | | | | 法人番号： |
| 届出者住所　※法人にあっては、主たる事務所の所在地 | | | | |
| （フリガナ） | | | | |
| 届出者氏名　※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名  ※食品表示法に関する自主回収の場合は表示に責任を有する者 | | | | |
| 回収担当部門 | 郵便番号： | 電話番号： | | | FAX番号： |
| 電子メールアドレス： | | | | 法人番号： |
| 回収担当部門所在地 | | | | |
| 回収担当部門・担当者氏名（フリガナ）　※食品表示法に関する自主回収の場合は表示に責任を有する者 | | | | |
| 回収委託先情報 | 郵便番号： | 電話番号： | | | FAX番号： |
| 電子メールアドレス： | | | | 法人番号： |
| 委託事業者住所　※法人にあっては、主たる事務所の所在地 | | | | |
| （フリガナ） | | | | |
| 委託事業者氏名　※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 | | | | |
| 製造所又は加工所情報(注) | 郵便番号： | 電話番号： | | | FAX番号： |
| 電子メールアドレス： | | | | 法人番号： |
| 製造所又は加工所の所在地 | | | | |
| （フリガナ） | | | | |
| 製造所又は加工所の名称（屋号、商号は追記してください）　※法人にあっては、その名称 | | | | |
| 回収する食品等の情報等 | 食品等の一般名称： | | 商品名： | | |
| 食品等の特定情報（形態、内容量、消費期限、賞味期限、JANコード、製造番号、ロット番号、表示事項、出荷者、農場等） | | | | |
| ※多数ある場合は、別紙にリストを添付して下さい。 | | | | |
| 回収の理由 | | | 内容 | |
| □①食品衛生法に違反　□②食品衛生法に違反するおそれ  □③食品表示法に違反　□④食品表示法に違反するおそれ | | |  | |
| (注）一次産品の場合は、出荷者等の営業所等の情報　（注）輸入品の場合は、輸入業者の営業所等の情報 | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回収する食品等の情報等 | 回収着手時点における販売状況（販売地域、販売先、販売日、販売数量等）  ※多数ある場合は、別紙にリストを添付して下さい。 | | |
|  | | |
| 回収に着手した年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 回収の方法（回収方法、回収情報の周知方法、問合せ先、回収品の保管場所、回収後の対応、回収終了予定等） | | |
|  | | |
| 回収状況（販売数量に対する回収数量、回収終了等）※届出時点 | | |
|  | | |
| 健康被害の発生状況（生命又は身体に対する危害の発生の有無） | | |
|  | | |
| 健康への危険の程度　※都道府県等において記載 | | 内容　※都道府県等において記載 |
|  | |  |
| 画像(商品の全体がわかる画像、表示(食品関連事業者、製造所・加工所、消費期限、賞味期限、JANコード、製造番号・ロット番号等) | | |
| ※多数ある場合は、別紙にリストを添付して下さい。 | | |
| 備考 | | |
|  | | |
| 担当者 | （フリガナ） | | 電話番号 |
| 担当者氏名 | |  |