

食品衛生法施行細則に規定する様式を定める要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、食品衛生法施行細則（平成15年船橋市規則第81号。以下「細則」という。）の施行に関し、必要な様式を定めるものとする。

(様式)

第2条 細則に規定する様式は、別表に掲げるところによる。

附 則

この要綱は、令和3年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年12月13日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

別表

様式番号	様式名称	細則条項
様式第1号	健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票	第1条の2
様式第2号	食品衛生管理者選任（変更）届	第8条
様式第3号	営業許可申請書・営業届（新規・継続）	第9条
様式第4号	地位承継届	第11条
様式第5号	営業許可申請書・営業届（変更）	第14条
様式第6号	営業許可申請書・営業届（廃業）	第15条
様式第7号	自主回収届（着手・変更・終了）	第16条

1. 症状

* 症状・主訴	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> かゆみ・発疹 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 不正性器出血 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 月経不順
	<input type="checkbox"/> 臨床検査値の異常 具体的な項目：
* 症状発現日	<input type="checkbox"/> その他 具体的な訴え： （手足の浮腫、動悸・息切れ、体の痛み、めまい・ふらつきなどの症状がある場合はこちらに記載ください。その他気になる症状がある場合も記載ください）
	_____ 年 ____ 月 ____ 日 (頃) または 摂取 ____ 日(頃) その他 (_____) <input type="checkbox"/> 不明

2. 該当する製品情報

*製品名				<input type="checkbox"/> 不明
*製品形状	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> ドリンク <input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> その他 ()			
購入日	_____年____月____日 その他 () <input type="checkbox"/> 不明	消費/賞味期限	_____年____月____日 その他 () <input type="checkbox"/> 不明	
*ロット番号	<input type="checkbox"/> 不明 (理由:)			
*原材料名・含有量・配合量 (全て記入)	<input type="checkbox"/> 不明			
1日当たり摂取目安量(mg)	<input type="checkbox"/> 不明			
* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合) 届出番号又は許可番号	(機能性表示食品及び特定保健用食品の場合は届出番号又は許可番号を記載ください)			<input type="checkbox"/> 不明
当該製品の有無* (摂取した製品が手元に残っているかどうか)	※原材料名・含有量等については、別添資料を添付することで記載省略可 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

※製品の特定が的確になるよう別添資料として製品に関する画像を添付することが望ましい。

	⑧		
	⑨		
	⑩		

4. 受診情報

* 医療機関受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
* 今回の症状のために受診した医療機関 (複数ある場合はすべて記載)	医療機関名 :	受診日 :	
	所在地 :		
(複数ある場合はすべて記載)	医療機関名 :	受診日 :	
	所在地 :		
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名 :	受診日 :	
	所在地 :		

妊娠の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
* 併用している医薬品の詳細		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
ある場合		医薬品名	服用目的
	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		
	⑧		
	⑨		
	⑩		
	⑪		
	⑫		
⑬			

	⑭		
	⑮		

備考欄	<p>*製品の届出者・申請者が当該報告者と異なる場合は以下について記載ください。①製造者（輸入者）名、②①の住所、③①の電話番号、④販売者名、⑤販売者住所、⑥販売者電話番号</p>
	<p>（当該製品の販売量（販売開始後の累計及び当該製品と同ロット品）、医薬品成分等の分析結果と同様の苦情の有無を調査している場合には、こちらに記載ください）</p>
	<p>（既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください）</p>
	<p>（消費/賞味期限切れ、保存状態の不備等に関する補足情報や、本様式に該当箇所がないものの特記すべきが望ましいと判断される情報等（詳細な症状経過等、死因（死亡事例の場合））あれば、こちらに記載してください。）</p>

5. 行政への届出

*届出の状況	<input type="checkbox"/> 済 →	受診した医師による診断（日付）：
	<input type="checkbox"/> 未済	

* (事業者使用欄)

	症状	詳細 (診断名等)	重篤度	転帰
複数選択可	主な症状	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 循環器障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 血液障害 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度以上 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 自然治癒 <input type="checkbox"/> 外来治療で治癒 <input type="checkbox"/> 入院治療で治癒 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
	その他の症状	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 循環器障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 血液障害 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度以上 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 自然治癒 <input type="checkbox"/> 外来治療で治癒 <input type="checkbox"/> 入院治療で治癒 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明

重篤度の記載については、次の①から④を参考に記入すること。ただし、入院治療を受けた場合であって、医師が重篤ではないと判断した症例は、②として取扱い、一方で、入院治療を受けていない場合であって、医師が重篤と判断した症例は③として取り扱う。

- ①軽 微：摂取者が、医療機関を受診していない場合
- ②軽 度：摂取者が、医療機関において外来治療を要した場合
- ③中等度以上：摂取者が、医療機関において入院治療を受けた場合
- ④死 亡：摂取者が、死亡した場合

医師の意見等

船橋市保健所長あて

食品衛生管理者選任（変更）届

下記のとおり、食品衛生管理者を選任（変更）したので、食品衛生法第48条第8項の規定により届け出ます。（※営業許可申請書・営業届に添付する場合であって、内容が重複する項目（網かけ項目）は記載を省略することができます。）

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 ※法人にあつては所在地		
	(フリガナ) 届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名 年 月 日生		
施設情報	施設の所在地		
	(フリガナ) 施設の名称、屋号、商号		
令第13条に規定する食品又は添加物の別		①全粉乳（容量が1,400グラム以下である缶に収められたもの） ②加糖粉乳 ⑤魚肉ハム ⑧食用油脂（脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの） ③調製粉乳 ⑥魚肉ソーセージ ⑨マーガリン ⑩添加物（法第13条第1項の規定により規格が定められたもの） ④食肉製品 ⑦放射線照射食品	
食品衛生管理者情報	氏名	(フリガナ) 年 月 日生	
	住所		
	職名		
	職種		
	職務内容		
	選任（変更）年月日	年 月 日	
備考	添付書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 資格等を証する書面 <input type="checkbox"/> 営業者に対する関係を証する書面	
	(フリガナ) 担当者氏名	電話番号	

様式第3号

年 月 日

船橋市保健所長あて

営業許可申請書・営業届（新規・継続）

食品衛生法（第55条第1項・第57条第1項）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

※以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。
 申請者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄□）

申請者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		法人番号：
	申請者住所 ※法人にあつては、所在地		
	(フリガナ)		(生年月日)
申請者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名		年 月 日生	
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地		
	(フリガナ)		
	施設の名称、屋号又は商号		
	(フリガナ)	資格の種類	食管・食監・調・製・栄・管栄・船舶・と畜・食鳥
	食品衛生責任者の氏名 ※合成樹脂が使用された器具又は容器包装を製造する営業者を除く。	受講した講習会	都道府県知事等の講習会 (適正と認める場合を含む) 講習会名称 年 月 日
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装	自由記載	
	自動販売機の型番	業態	
	HACCPの取組	※引き続き営業許可を受けようとする場合に限る。 ただし、複合型そうざい製造業、複合型冷凍食品製造業の場合は新規の場合を含む。 <input type="checkbox"/> HACCPに基づく衛生管理 <input type="checkbox"/> HACCPの考え方を取り入れた衛生管理	
業態に応じた情報	指定成分等含有食品を取り扱う施設	<input type="checkbox"/>	
	輸出食品取扱施設 ※この申請等の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。	<input type="checkbox"/>	
営業届出	営業の形態		備考
	1		
	2		
	3		
担当者	(フリガナ)		電話番号
	担当者氏名		

【網かけ箇所：許可のみ】

申請者情報	法第 55 条第 2 項関係		該当には <input checked="" type="checkbox"/>	
	(1) 食品衛生法又は同法に基づく処分に違反して刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して 2 年を経過していないこと。		<input type="checkbox"/>	
	(2) 食品衛生法第 59 条から第 61 条までの規定により許可を取り消され、その取消しの日から起算して 2 年を経過していないこと。		<input type="checkbox"/>	
	(3) 法人であつて、その業務を行う役員のうち(1)(2)のいずれかに該当する者があるもの。		<input type="checkbox"/>	
営業施設情報	令第 13 条に規定する食品又は添加物の別	<input type="checkbox"/> ①全粉乳（容量が 1,400 グラム以下である缶に収められたもの） <input type="checkbox"/> ②加糖粉乳 <input type="checkbox"/> ⑤魚肉ハム <input type="checkbox"/> ⑧食用油脂（脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの） <input type="checkbox"/> ③調製粉乳 <input type="checkbox"/> ⑥魚肉ソーセージ <input type="checkbox"/> ⑨マーガリン <input type="checkbox"/> ⑩添加物（法第 13 条第 1 項の規定により規格が定められたもの） <input type="checkbox"/> ④食肉製品 <input type="checkbox"/> ⑦放射線照射食品 <input type="checkbox"/> ⑩ショートニング		
	(フリガナ)	資格の種類		
	食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者選任（変更）届」も別途必要	受講した講習会	講習会名称	年 月 日
	使用水の種類 ①水道水（ <input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 専用水道 <input type="checkbox"/> 簡易専用水道） ② <input type="checkbox"/> ①以外の飲用に適する水	自動車登録番号 ※自動車において調理をする営業の場合		
業種に応じた情報	飲食店のうち簡易飲食店営業の施設	<input type="checkbox"/>	生食用食肉の加工又は調理を行う施設	<input type="checkbox"/>
	ふぐの処理を行う施設			<input type="checkbox"/>
	(フリガナ) ふぐ処理者氏名 ※ふぐ処理する営業の場合		認定番号等	
添付書類	<input type="checkbox"/> 施設の構造及び設備を示す図面（事業譲渡の場合は省略可） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> （飲用に適する水使用の場合）水質検査の結果 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
事業譲渡	営業を譲り受けたことを証する旨			
営業許可業種	許可番号及び許可年月日		営業の種類	備考
	1	第 一 号 年 月 日		
	2	第 一 号 年 月 日		
	3	第 一 号 年 月 日		
	4	第 一 号 年 月 日		
備考				

様式第4号

年 月 日

船橋市保健所長あて

地位承継届

下記のとおり、許可業者の地位を承継（相続・合併・分割）したので、食品衛生法（第56条第2項・第57条第2項）の規定に基づき届け出ます。

※以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。

申請者または届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄□）

※承継する施設が輸出食品取扱施設の場合、申請等の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。

地位を承継する者の情報	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 ※法人にあつては、所在地		
	(フリガナ)		生年月日 年 月 日生
	届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名		被相続人との続柄
被相続人	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	被相続人の氏名	(フリガナ)	
	被相続人の住所		
	相続開始年月日	年 月 日	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 又は <input type="checkbox"/> 法定相続情報一覧図の写し <input type="checkbox"/> 同意書（相続人が二人以上いる場合）	
合併により消滅した法人	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		法人番号：
	合併により消滅した法人の名称及び代表者氏名	(フリガナ)	
	合併により消滅した法人の所在地		
	合併年月日	年 月 日	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書（合併後存続する法人又は設立された法人の登記事項証明書）	
分割前の法人	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		法人番号：
	分割前の法人の名称及び代表者氏名	(フリガナ)	
	分割前の法人の所在地		
	分割年月日	年 月 日	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書（分割により営業を承継した法人の登記事項証明書）	

営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地		
	(フリガナ)		
	施設の名称、屋号、商号		
	許可番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類	備考
	第 ー 号 年 月 日		
第 ー 号 年 月 日			
第 ー 号 年 月 日			
第 ー 号 年 月 日			
第 ー 号 年 月 日			
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地		
	(フリガナ)		
	施設の名称、屋号、商号		
	許可番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類	備考
	第 ー 号 年 月 日		
第 ー 号 年 月 日			
第 ー 号 年 月 日			
第 ー 号 年 月 日			
第 ー 号 年 月 日			
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地		
	(フリガナ)		
	施設の名称、屋号、商号		
	許可番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類	備考
	第 ー 号 年 月 日		
第 ー 号 年 月 日			
第 ー 号 年 月 日			
第 ー 号 年 月 日			
第 ー 号 年 月 日			
備考			

様式第5号

※二重線枠内については変更がある項目のみ記載して下さい。

年 月 日

※変更がある項目については、項目名を○で囲んで下さい。

船橋市保健所長あて

営業許可申請書・営業届（変更）

食品衛生法施行規則（第71条）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

※以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。

申請者または届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄□）

申請者・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：		
	申請者・届出者住所 ※法人にあつては、所在地			
	(フリガナ) 申請者・届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名		(生年月日) 年 月 日生	
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：	
	電子メールアドレス：	施設の所在地		
	(フリガナ) 施設の名称、屋号又は商号			
	(フリガナ) 食品衛生責任者の氏名	資格の種類 受講した講習会	食管・食監・調・製・栄・管栄・船舶・と畜・食鳥 都道府県知事等の講習会 (適正と認める場合を含む) 講習会名称 年 月 日	
	※合成樹脂が使用された器具又は容器包装を製造する営業者を除く。		自由記載	
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装		業態	
	自動販売機の型番		HACCPの取組 ※引き続き営業許可を受けようとする場合に限り。 ただし、複合型そうざい製造業、複合型冷凍食品製造業の場合は新規の場合を含む。 <input type="checkbox"/> HACCPに基づく衛生管理 <input type="checkbox"/> HACCPの考え方を取り入れた衛生管理	
業態に応じた情報	指定成分等含有食品を取り扱う施設		<input type="checkbox"/>	
	輸出食品取扱施設 ※この申請等の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。		<input type="checkbox"/>	
営業届出	営業の形態		備考	
	1			
	2			
担当者	(フリガナ) 担当者氏名		電話番号	

【網かけ箇所：許可のみ】

申請者情報	法第 55 条第 2 項関係		該当には <input checked="" type="checkbox"/>	
	(1) 食品衛生法又は同法に基づく処分に違反して刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して 2 年を経過していないこと。		<input type="checkbox"/>	
	(2) 食品衛生法第 59 条から第 61 条までの規定により許可を取り消され、その取消しの日から起算して 2 年を経過していないこと。		<input type="checkbox"/>	
	(3) 法人であつて、その業務を行う役員のうちに(1)(2)のいずれかに該当する者があるもの。		<input type="checkbox"/>	
営業施設情報	令第 13 条に規定する食品又は添加物の別	<input type="checkbox"/> ①全粉乳（容量が 1,400 グラム以下である缶に収められたもの） <input type="checkbox"/> ②加糖粉乳 <input type="checkbox"/> ⑤魚肉ハム <input type="checkbox"/> ⑧食用油脂（脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの） <input type="checkbox"/> ③調製粉乳 <input type="checkbox"/> ⑥魚肉ソーセージ <input type="checkbox"/> ⑨マーガリン <input type="checkbox"/> ⑩添加物（法第 13 条第 1 項の規定により規格が定められたもの） <input type="checkbox"/> ④食肉製品 <input type="checkbox"/> ⑦放射線照射食品 <input type="checkbox"/> ⑩ショートニング		
	(フリガナ)	資格の種類		
	食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者選任（変更）届」も別途必要	受講した講習会	講習会名称	年 月 日
	使用水の種類 ①水道水（ <input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 専用水道 <input type="checkbox"/> 簡易専用水道） ② <input type="checkbox"/> ①以外の飲用に適する水	自動車登録番号	※自動車において調理をする営業の場合	
業種に応じた情報	飲食店のうち簡易飲食店営業の施設	<input type="checkbox"/>	生食用食肉の加工又は調理を行う施設	<input type="checkbox"/>
	ふぐの処理を行う施設			<input type="checkbox"/>
	(フリガナ) ふぐ処理者氏名 ※ふぐ処理する営業の場合		認定番号等	
添付書類	<input type="checkbox"/> 施設の構造及び設備を示す図面	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> （飲用に適する水使用の場合）水質検査の結果	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
営業許可業種	許可番号及び許可年月日	営業の種類	備考	
	1	第 一 号 年 月 日		
	2	第 一 号 年 月 日		
	3	第 一 号 年 月 日		
	4	第 一 号 年 月 日		
備考				

様式第6号

※二重線枠内は、必ず記載して下さい。

年 月 日

船橋市保健所長あて

営業許可申請書・営業届（廃業）

食品衛生法施行規則（第71条の2）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

※以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。
 申請者または届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄□）

申請者・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：	
	申請者住所 ※法人にあつては、所在地		
	(フリガナ) 申請者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名	(生年月日) 年 月 日生	
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	施設の所在地	
	(フリガナ) 施設の名称、屋号又は商号		
	(フリガナ) 食品衛生責任者の氏名 ※合成樹脂が使用された器具又は容器包装を製造する営業者を除く。	資格の種類 受講した講習会	食管・食監・調・製・栄・管栄・船舶・と畜・食鳥 都道府県知事等の講習会 (適正と認める場合を含む) 講習会名称 年 月 日
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装	自由記載	
	自動販売機の型番	業態	
	HACCPの取組	※引き続き営業許可を受けようとする場合に限る。 ただし、複合型そうざい製造業、複合型冷凍食品製造業の場合は新規の場合を含む。 <input type="checkbox"/> HACCPに基づく衛生管理 <input type="checkbox"/> HACCPの考え方を取り入れた衛生管理	
業態に応じた情報	指定成分等含有食品を取り扱う施設	<input type="checkbox"/>	
	輸出食品取扱施設 ※この申請等の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。	<input type="checkbox"/>	
営業届出	営業の形態		備考
	1		
	2		
3			
廃業年月日			
担当者	(フリガナ) 担当者氏名	電話番号	

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 ※法人にあつては、主たる事務所の所在地		
	(フリガナ) 届出者氏名 ※法人にあつては、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 ※法人にあつては、主たる事務所の所在地		
	(フリガナ) 委託事業者氏名 ※法人にあつては、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） ※法人にあつては、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
	<input type="checkbox"/> ①食品衛生法に違反 <input type="checkbox"/> ②食品衛生法に違反するおそれ <input type="checkbox"/> ③食品表示法に違反 <input type="checkbox"/> 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	