

# 苦情対応記録簿

※苦情の事実確認を行い、製品回収・保健所への連絡等被害の拡大防止を図ること。

		受付番号		
探知	届出年月日	令和 年 月 日	受理者	
	届出方法	来社・電話・メール・その他（ ）		
	届出者	住所		
		氏名		
連絡先				
届出の内容	届出内容			
	健康被害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（医師の診察等の状況）		
	発見年月日	令和 年 月 日		
	購入年月日	令和 年 月 日		
	購入先	住所		
		氏名		
	発見時の状況			
	発見までの保管状況	<input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> 冷凍庫 <input type="checkbox"/> その他（ ） 開封日 令和 年 月 日		
	届出までの保管状況	<input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> 冷凍庫 <input type="checkbox"/> その他（ ） 開封日 令和 年 月 日		
	現物の所有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
	参考事項			
苦情食品	商品名			
	包装形態			
	内容量			
	期限表示			
	ロット			
	製造所	所在地		
		名称		
	販売者	住所		
		氏名		
	固有記号			
参考事項				

