年　　　月　　　日

（あて先）八戸市保健所長

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下さい。なお、届出者情報、回収担当部門は変更等がない場合も記載し、当該箇所に変更がある場合は、変更箇所がわかるように丸印をつけて下さい。

太枠内については、営業者（届出者）が回収の事務を他の者に指示し、又は委託した場合に記載してください。

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 | | | |
| （ふりがな） | | | |
| 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 | | | |
| （ふりがな） | | | |
| 回収担当部門・担当者氏名　※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 | | | |
| （ふりがな） | | | |
| 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 | | | |
| （ふりがな） | | | |
| 製造所又は加工所の名称（屋号、商号も記載してください。）※法人にあっては、その名称 | | | |
| 回収する食品等の情報 | 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で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を、輸入品の場合は輸入業者の営業所等の情報を記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、別紙で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　※市保健所において記載 | | 内容　※市保健所において記載 | |
|  | |  | |
| 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、別紙でリストを添付してください。 | | | |
| 備考 | | | |
|  | | | |
| 担当者 | （ふりがな） | | | 電話番号 |
| 担当者氏名 | | |  |