|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社長 | | | 工場長 | | | 主任 | | 担当者 | | 受付者 | |
| 受付年月日 | | 年　 月　 日(　　) 　時　　分 来店・電話・郵送・メール・その他 | | | | | | | | | |
| お申し出者 | | 住　所 | | 県 市 町 丁目　　　　番　　　号  　　　　　　　 　郡 | | | | | | | |
| 氏　名 | | ( 男・女 ) 年齢（　　　　　　） | | | | | | | |
| 連絡方法 | | TEL： | | | | | | | |
| お申し出  内  容 | 食品に関わる情報 | 商品名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  内容量：（　　　ｇ入・　 　個入）  消費(賞味)期限： 　　　年　　月　　日  ロット番号等：  現物の有無：□有 　□無 現物の提供：□可　 □不可 | | | | | | | | | |
| 入手方法 | 入手先：（ ）  購入日：　 年　 月　 日 | | | | | | | | | |
| 内容区分 | □健康被害  □食品苦情：異物混入・腐敗・異臭・カビ・その他  □その他：表示・包装・対応・その他 | | | | | | | | | |
| 健康被害 | 健康被害：□有　 □無  　 □有症（腹痛・嘔吐・下痢・発熱・その他（　　　　　　　　　　　　　　　））  　 □負傷  喫食日時：　　 月　 日　　時　　　　 発症日時： 　月　 日　 時  受診日時：　　 月　 日　　時  医療機関名： 　医師診断名： | | | | | | | | | |
| 食品苦情 | □異物混入　□腐敗　□異臭　□カビ □その他  詳細： | | | | | | | | | |
| その他苦情 | □表示　□包装　□対応 □その他  詳細： | | | | | | | | | |
| 相 談 | □アレルギー物質  □その他 | | | | | | | | | |
| 調査結果 | | 同ロット品の製造量：  同様の苦情の有無：□有　□無 | | | | | | | | | |
| 再発防止・改善策 | |  | | | | | | | | | |
| お申し出者へ  の対応結果 | | □代品　 □代金返却　 □調査結果報告　　□その他  □訪問　 □連絡 | | | | | | | | | |
| 解決年月日 | | 解決：　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 決裁欄 | | 社長 | | | 工場長 | | 主任 | | 担当者 | | 受付者 |

苦情・相談受付処理票

別紙 ２