（表面）

年　　月　　日

（宛先）高松市保健所長

自主回収届（着手／変更／終了）

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け出ます。

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		
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		
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	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　※法人にあっては、主たる事務所の所在地		
	（ふりがな） 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、その名称及び代表者の氏名		
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、出荷先、農場等） ※多数ある場合は、別紙にリストを添付してください。		
	回収の理由	内容	
	□　①食品表示法に違反 □　②食品表示法に違反するおそれ		

（裏面）

<table>
<tr><td rowspan="10">回収する食品等の情報等</td><td colspan="3">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ください。</td></tr>
<tr><td>回収に着手した年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">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）</td></tr>
<tr><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td colspan="3">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）</td></tr>
<tr><td>健康への危険の程度　※市において記載</td><td colspan="2">内容　※市において記載</td></tr>
<tr><td colspan="3">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ください。</td></tr>
<tr><td colspan="3">備考</td></tr>
<tr><td rowspan="2">担当者</td><td>（ふりがな）
担当者氏名</td><td>電話番号</td></tr>
</table>

注　1　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、「届出者情報」及び「回収担当部門」は、変更等がない場合も記載してください。「届出者情報」及び「回収担当部門」を変更する場合は、変更箇所が分かるように丸印を付けてください。

2　「回収委託先情報」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。

3　「製造所又は加工所情報」は、一次産品の場合は出荷者等の営業所等の情報を、輸入者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。

4　□については、該当するものに「✔」を記入してください。