

(様式10)

年 月 日

〇〇保健所長 殿

住所

氏名

印

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

### 自主回収終了報告書

年 月 日に報告した食品等の自主的な回収については、これが終了しましたので報告します。

|  |       |
|--|-------|
| 回収した食品等の商品名<br>(名称)                                |       |
| 回収を終了した年月日   | 年 月 日 |
| 回収した食品等の数量<br><br>※ 複数のロットがある場合は、ロットごとの数量を記入して下さい。 |       |

|  |                |
|--|----------------|
| <p>回収するに至った経緯</p> <p>※ 自主回収着手報告書の提出後に新たに判明した<br/>ものについて記入してください。</p> |                |
| <p>再発防止のために講じた措置</p>   |                |
| <p>回収した食品等の保管場所</p>  |                |
| <p>処分等の方法</p>  |                |
| <p>処分等を行う予定時期</p>  |                |
| <p>連絡担当者の所属部署<br/>(名称及び所在地) 及び氏名</p>                                 | <p>(電話番号 )</p> |
| <p>備考</p>  |                |

注： 山梨県食の安全・安心推進条例第27条第3項の規定に基づき知事に報告しようとする者は、同条例施行規則第2号様式によること。