

様式第2号（第3条関係）

（表）

年 月 日

保健所長 殿

住 所

氏 名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名）

電話番号

自主回収終了報告書

平成 年 月 日付で報告した食品等の自主的な回収について、下記のとおり終了したので、茨城県食の安全・安心推進条例第20条第4項の規定により報告します。

記

回収を終了した食品等の 名 称 及 び 商 品 名	
回 収 終 了 年 月 日	年 月 日
回収した食品等の数量	

(裏)

回収に至った原因	
再発防止のために講じた措置	
回収した食品等の保管場所及び処分等の方法	
処分等を行う予定時期	
担当者所属部署及び担当者氏名	電話番号

注1 「回収した食品等の数量」の欄について、複数のロットがある場合には、ロットごとの数量を記載してください。

2 「回収に至った原因」の欄については、自主回収着手報告書の提出後に新たに判明したものを記載してください。