

苦情・相談受付処理票

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			
	氏名	(男・女) 年齢 ( )			
	連絡方法	TEL :			
お申し出内容	食品に関する情報	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： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 現物の提供： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
	入手方法	入手先： ( ) 購入日： 年 月 日			
	内容区分	<input type="checkbox"/> 健康被害 <input type="checkbox"/> 食品苦情：異物混入・腐敗・異臭・カビ・その他 <input type="checkbox"/> その他：表示・包装・対応・その他			
	健康被害	健康被害： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有症（腹痛・嘔吐・下痢・発熱・その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 腐敗 <input type="checkbox"/> 異臭 <input type="checkbox"/> カビ <input type="checkbox"/> その他 詳細：			
	その他苦情	<input type="checkbox"/> 表示 <input type="checkbox"/> 包装 <input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> その他 詳細：			
	相談	<input type="checkbox"/> アレルギー物質 <input type="checkbox"/> その他			
調査結果	同ロット品の製造量： 同様の苦情の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
再発防止・改善策					
お申し出者への対応結果	<input type="checkbox"/> 代品 <input type="checkbox"/> 代金返却 <input type="checkbox"/> 調査結果報告 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 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