

保健所長 様

住所

氏名

(法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者氏名)

## 食品衛生法不適合に関する報告書

下記のとおり食品衛生法の規定に適合していない事実が判明しましたので、新潟県食品衛生法に基づく公衆衛生上必要な基準等に関する条例（新潟県食品衛生条例施行規則）第2条の規定により報告します。

## 記

食品等の商品名 (名称)	
製造、輸入、加工が行われた事業所の名称及び所在地	
食品等を特定する情報 (形態、容量、消費期限、 賞味期限、製造番号、 表示事項等) ※ 製品の表示事項、写真があれば添付してください。	
適合していない事実が判明した年月日	年 月 日
適合しない事実の内容	
想定される健康への影響	
食品等の出荷（販売）年月日、出荷先（販売店）及びその数量。※	
担当者所属部署・担当者名・連絡先電話番号	
備 考	

※ 多数の場合は、別紙にリストを添付。調査中の場合は「調査中と記入」