

第1号様式（第2条）

指定成分等含有食品の健康被害情報届

年 月 日

（届出先）
横浜市保健所長

住 所

届出者

氏 名

〔 法人の場合は、名称・
代表者の役職・氏名 〕

電 話

（製造・加工・販売・輸入）した指定成分等含有食品が人の健康に被害を生じ、又は生じさせるおそれがある旨の情報を得ましたので、食品衛生法第8条第1項の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

指定成分等含有食品が人の健康に被害を生じ、又は生じさせるおそれがある旨の情報を得た日	年 月 日
指定成分等含有食品の製品名	
指定成分等の含有量	
製造者又は加工者の氏名又は名称 〔 輸入品にあつては、輸入者の 氏名又は名称 〕	
製造所又は加工所の所在地 〔 輸入品にあつては、輸入者の 営業所の所在地 〕	

- （注） 1 別添様式「健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票」を添付してください。
2 製品に関する資料（製品の画像、食品表示の写し、製造方法の概要を記載した書類（製造品名、原材料の種類及び配合分量、製造工程、製造数量等を記載したもの）等）や健康被害情報に関する資料等、参考資料や追加情報を適宜添付してください。

【別紙様式】（１）事業者が情報提供者への聞き取りにあたって使用する様式

健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票			送付枚数
会社名 (報告者氏名)		都道府県名 (保健所名)	入力不要
所在地			
電話番号 FAX番号		情報受付日	_____ 年 ____ 月 ____ 日
情報提供者	☐ 摂取者本人 ☐ 摂取者の家族等 ☐ 医療機関 ☐ その他 (_____)		

* 該当する健康食品にチェックしてください。

☐ 特定保健用食品 ☐ 機能性表示食品 ☐ 栄養機能食品 ☐ その他のいわゆる健康食品

該当箇所にチェックまたは空欄に記入してください(複数回答可)。

「指定成分等含有食品、機能性表示食品及び特定保健用食品」の場合、* のついている項目は必須ですので必ず記入し、それ以外の項目においては、可能な範囲で情報を収集してください。

「その他のいわゆる健康食品」においては、可能な範囲で情報を収集してください。

* 以下のいずれかの健康食品である ・指定成分等含有食品 ・機能性表示食品 ・特定保健用食品	○ はい	* 指定成分又は関与成分等名:	
		* (指定成分等含有食品の場合)指定成分及び管理成分等の1日摂取目安量(μg/mg/g):	
		* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)1日摂取目安量:	
	○ いいえ(その他のいわゆる健康食品)		
	○ 不明		

1. 症状

* 症状・主訴	☐ 発熱 ☐ かゆみ・発疹 ☐ 腹痛 ☐ 呼吸困難 ☐ 頭痛 ☐ 食欲不振 ☐ 下痢 ☐ 不正性器出血 ☐ 倦怠感 ☐ 吐気・嘔吐 ☐ 黄疸 ☐ 月経不順
	☐ 臨床検査値の異常 具体的な訴え: ☐ その他 具体的な項目: (手足の浮腫、動悸・息切れ、体の痛み、めまい・ふらつきなどの症状がある場合はこちらに記載ください。その他気になる症状がある場合も記載ください)
* 症状発現日	_____ 年 ____ 月 ____ 日(頃) または 摂取 _____ 日(頃) その他 (_____) ☐ 不明

2. 該当する製品情報

* 製品名	□ 不明		
* 製品形状	□ 錠剤 □ カプセル □ ドリンク □ 粉末 □ その他（ ）		
購入日	____年__月__日 その他（ ） ☐ 不明	消費/賞味期限	____年__月__日 その他（ ） ☐ 不明
* ロット番号	☐ 不明 （理由： ）		
* 原材料名・含有量・配合量（全て記入）	□ 不明		
1日当たり摂取目安量(mg)	□ 不明		
*（機能性表示食品又は特定保健用食品の場合）届出番号又は許可番号	(機能性表示食品及び特定保健用食品の場合は届出番号又は許可番号を記載ください) 不明 ☐		
当該製品の有無※ (摂取した製品が手元に残っているかどうか)	※原材料名・含有量等については、別添資料を添付することで記載省略可 ○ あり ○ なし		

※製品の特定が的確になるよう別添資料として製品に関する画像を添付することが望ましい。

[illegible]

4. 受診情報

* 医療機関受診	☐ あり ☐ なし ☐ 不明	
* 今回の症状のために受診した医療機関 (複数ある場合はすべて記載)	医療機関名:	受診日:
	所在地:	
	医療機関名:	受診日:
	所在地:	
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名:	受診日:
	所在地:	

妊娠の有無		☐ あり ☐ なし ☐ 不明	
* 併用している医薬品の詳細		☐ あり ☐ なし ☐ 不明	
ある場合		医薬品名	服用目的
	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		
	⑧		
	⑨		
	⑩		
	⑪		
	⑫		
	⑬		
	⑭		
⑮			

備考欄	* 製品の届出者・申請者が当該報告者と異なる場合は以下について記載ください ①製造者(輸入者)名、②①の住所、③①の電話番号、④販売者名、⑤販売者住所、⑥販売者電話番号
	(当該製品の販売量(販売開始後の累計及び当該製品と同ロット品)、医薬品成分等の分析結果と同様の苦情の有無を調査している場合には、こちらに記載ください)
	(既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください)
	(消費/賞味期限切れ、保存状態の不備等に関する補足情報や、本様式に該当箇所がないものの特記すべきが望ましいと判断される情報等(詳細な症状経過等、死因(死亡事例の場合))あれば、こちらに記載してください。)

5. 行政への届出状況

* 届け出の状況	☐ 済 →	受診した医師による診断(日付):
	☐ 未済	

***（事業者使用欄）**

症状		詳細（診断名等）	重篤度	転帰
複数選択可	主な症状	☐ 皮膚症状 ☐ 消化器症状 ☐ 肝機能障害 ☐ 腎機能障害 ☐ 呼吸器障害 ☐ 循環器障害 ☐ 神経障害 ☐ 血液障害 ☐ その他	☐ 軽微 ☐ 軽度 ☐ 中等度以上 ☐ 死亡	☐ 自然治癒 ☐ 外来治療で治癒 ☐ 入院治療で治癒 ☐ 未回復 ☐ 不明
	その他の症状	☐ 皮膚症状 ☐ 消化器症状 ☐ 肝機能障害 ☐ 腎機能障害 ☐ 呼吸器障害 ☐ 循環器障害 ☐ 神経障害 ☐ 血液障害 ☐ その他	☐ 軽微 ☐ 軽度 ☐ 中等度以上 ☐ 死亡	☐ 自然治癒 ☐ 外来治療で治癒 ☐ 入院治療で治癒 ☐ 未回復 ☐ 不明
重篤度の記載については、次の①から④までを参考に記入すること。ただし、入院治療を受けた場合であって、医師が重篤ではないと判断した症例は、②として取り扱い、一方で、入院治療を受けていない場合であって、医師が重篤と判断した症例は、③として扱う。 ①軽 微：摂取者が、医療機関を受診していない場合 ②軽 度：摂取者が、医療機関において外来治療を要した場合 ③中等度以上：摂取者が、医療機関において入院治療を受けた場合 ④死 亡：摂取者が、死亡した場合				
医師の意見等				

【別紙様式】（２）都道府県等（保健所）が健康被害情報を受け付けた際に使用する様式

健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票				送付枚数	
会社名 (報告者氏名)				都道府県名 (保健所名)	
所在地					
電話番号 FAX番号				情報受付日 _____年__月__日	
情報提供者		☐ 摂取者本人 ☐ 摂取者の家族等 ☐ 医療機関 ☐ その他 (_____)			
* 該当する健康食品にチェックしてください。 ☐ 機能性表示食品 ☐ 特定保健用食品 ☐ 栄養機能食品 ☐ その他のいわゆる健康食品					
該当箇所にチェックまたは空欄に記入してください(複数回答可)。 「指定成分等含有食品、機能性表示食品及び特定保健用食品」の場合、*のついている項目は必須ですので必ず記入し、それ以外の項目においては、可能な範囲で情報を収集してください。 「その他のいわゆる健康食品」においては、可能な範囲で情報を収集してください。					
* 以下のいずれかの健康食品である ・指定成分等含有食品 ・機能性表示食品 ・特定保健用食品	○ はい	* 指定成分又は関与成分等名:			
		* (指定成分等含有食品の場合)指定成分及び管理成分等の1日摂取目安量(μg/mg/g):			
		* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)1日摂取目安量:			
	○ いいえ(その他のいわゆる健康食品)				
○ 不明					

1. 症状

	☐ 発熱 ☐ かゆみ・発疹 ☐ 腹痛 ☐ 呼吸困難 ☐ 頭痛 ☐ 食欲不振 ☐ 下痢 ☐ 不正性器出血 ☐ 倦怠感 ☐ 吐気・嘔吐 ☐ 黄疸 ☐ 月経不順
	☐ 臨床検査値の異常 ☐ その他
* 症状・主訴	
* 症状発現日	_____年 ____月 ____日(頃) または 摂取 _____日(頃) その他() ☐ 不明

2. 該当する製品情報

* 製品名	☐ 不明		
* 製品形状	☐ 錠剤 ☐ カプセル ☐ ドリンク ☐ 粉末 ☐ その他（ ）		
購入日	____年 ____月 ____日 その他（ ） ☐ 不明	消費/賞味期限	____年 ____月 ____日 その他（ ） ☐ 不明
* ロット番号	☐ 不明（理由： ）		
* 原材料名・含有量・配合量（全て記入）	☐ 不明		
1日当たり摂取目安量(mg)	☐ 不明		
*（機能性表示食品又は特定保健用食品の場合）届出番号又は許可番号	（機能性表示食品及び特定保健用食品の場合は届出番号又は許可番号を記載ください） ☐ 不明		
当該製品の有無※ （摂取した製品が手元に残っているかどうか）	※原材料名・含有量等については、別添資料を添付することで記載省略可 ☐ あり ☐ なし		

※製品の特定の特定が的確になるよう別添資料として製品に関する画像を添付することが望ましい。

[illegible]

4. 受診情報

* 医療機関受診	☐ あり ☐ なし ☐ 不明	
* 今回の症状のために受診した医療機関 (複数ある場合はすべて記載)	医療機関名:	受診日:
	所在地:	
	医療機関名:	受診日:
	所在地:	
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名:	受診日:
	所在地:	

妊娠の有無		☐ あり ☐ なし ☐ 不明	
* 併用している医薬品の詳細		☐ あり ☐ なし ☐ 不明	
ある場合		医薬品名	服用目的
	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		
	⑧		
	⑨		
	⑩		
	⑪		
	⑫		
	⑬		
	⑭		
⑮			

備考欄	* 製品の届出者・申請者が当該報告者と異なる場合は以下について記載ください ①製造者(輸入者)名、②①の住所、③①の電話番号、④販売者名、⑤販売者住所、⑥販売者電話番号
	(当該製品の販売量(販売開始後の累計及び当該製品と同ロット品)、医薬品成分等の分析結果と同様の苦情の有無を調査している場合には、こちらに記載ください)
	(既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください)
	(消費/賞味期限切れ、保存状態の不備等に関する補足情報や、本様式に該当箇所がないものの特記すべきが望ましいと判断される情報等(詳細な症状経過等、死因(死亡事例の場合))あれば、こちらに記載してください。)

5. 営業者等への届出状況

* 届け出の状況	☐ 済 →	受診した医師による診断(日付):
	☐ 未済	

***（保健所使用欄）**

症状		詳細（診断名等）	重篤度	転帰
複数選択可	主な症状	☐ 皮膚症状 ☐ 消化器症状 ☐ 肝機能障害 ☐ 腎機能障害 ☐ 呼吸器障害 ☐ 循環器障害 ☐ 神経障害 ☐ 血液障害 ☐ その他	☐ 軽微 ☐ 軽度 ☐ 中等度以上 ☐ 死亡	☐ 自然治癒 ☐ 外来治療で治癒 ☐ 入院治療で治癒 ☐ 未回復 ☐ 不明
	その他の症状	☐ 皮膚症状 ☐ 消化器症状 ☐ 肝機能障害 ☐ 腎機能障害 ☐ 呼吸器障害 ☐ 循環器障害 ☐ 神経障害 ☐ 血液障害 ☐ その他	☐ 軽微 ☐ 軽度 ☐ 中等度以上 ☐ 死亡	☐ 自然治癒 ☐ 外来治療で治癒 ☐ 入院治療で治癒 ☐ 未回復 ☐ 不明
重篤度の記載については、次の①から④までを参考に記入すること。ただし、入院治療を受けた場合であって、医師が重篤ではないと判断した症例は、②として取り扱い、一方で、入院治療を受けていない場合であって、医師が重篤と判断した症例は、③として扱う。 ①軽 微：摂取者が、医療機関を受診していない場合 ②軽 度：摂取者が、医療機関において外来治療を要した場合 ③中等度以上：摂取者が、医療機関において入院治療を受けた場合 ④死 亡：摂取者が、死亡した場合				
医師の意見等				

【別紙様式】（３）都道府県等（保健所）が厚生労働省への報告用に使用する様式

健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票				送付枚数
会社名 (報告者氏名)		都道府県名 (保健所名)		
所在地				
電話番号 FAX番号		情報受付日	_____年__月__日	
情報提供者	☐ 摂取者本人 ☐ 摂取者の家族等 ☐ 医療機関 ☐ その他 (_____)			
* 該当する健康食品にチェックしてください。 ☐ 機能性表示食品 ☐ 特定保健用食品 ☐ 栄養機能食品 ☐ その他のいわゆる健康食品 該当箇所にチェックまたは空欄に記入してください(複数回答可)。 「指定成分等含有食品、機能性表示食品及び特定保健用食品」の場合、* のついている項目は必須ですので必ず記入し、それ以外の項目においては、可能な範囲で情報を収集してください。 「その他のいわゆる健康食品」においては、可能な範囲で情報を収集してください。				
* 以下のいずれかの健康食品である ・指定成分等含有食品 ・機能性表示食品 ・特定保健用食品	○ はい	* 指定成分又は関与成分等名:		
		* (指定成分等含有食品の場合)指定成分及び管理成分等の1日摂取目安量(μg/mg/g):		
		* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)1日摂取目安量:		
	○ いいえ(その他のいわゆる健康食品)			
	○ 不明			
1. 症状				
* 症状・主訴	☐ 発熱 ☐ かゆみ・発疹 ☐ 腹痛 ☐ 呼吸困難 ☐ 頭痛 ☐ 食欲不振 ☐ 下痢 ☐ 不正性器出血 ☐ 倦怠感 ☐ 吐気・嘔吐 ☐ 黄疸 ☐ 月経不順			
	☐ 臨床検査値の異常 具体的な項目: _____ _____ _____			
* 症状発現日	☐ その他 具体的な訴え: (手足の浮腫、動悸・息切れ、体の痛み、めまい・ふらつきなどの症状がある場合はこちらに記載ください。その他気になる症状がある場合も記載ください) _____ _____ _____			
	_____年__月__日(頃) または 摂取 _____日(頃) その他(_____) ☐ 不明			

2. 該当する製品情報

* 製品名	☐ 不明		
* 製品形状	☐ 錠剤 ☐ カプセル ☐ ドリンク ☐ 粉末 ☐ その他 ()		
購入日	_____ 年 ____ 月 ____ 日 その他 () ☐ 不明	消費/賞味期限	_____ 年 ____ 月 ____ 日 その他 () ☐ 不明
* ロット番号	☐ 不明 (理由:)		
* 原材料名・含有量・配合量 (全て記入)	☐ 不明		
1日当たり摂取目安量(mg)	☐ 不明		
* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)届出番号又は許可番号	(機能性表示食品及び特定保健用食品の場合は届出番号又は許可番号を記載ください) ☐ 不明		
当該製品の有無※ (摂取した製品が手元に残っているかどうか)	※原材料名・含有量等については、別添資料を添付することで記載省略可 ☐ あり ☐ なし		

※製品の特定の特定が的確になるよう別添資料として製品に関する画像を添付することが望ましい。

* 個人情報(氏名・連絡先)について行政への提供を						☐ 同意する	☐ 同意しない	
※同意が得られない場合は、氏名、連絡先は記入せず、備考欄にその理由を可能な範囲で記入すること。								
氏名					連絡先			
性別		☐ 男 ☐ 女 ☐ 不明						
年齢		☐ 10歳未満 ☐ 10歳代 ☐ 20歳代 ☐ 30歳代 ☐ 40歳代 ☐ 50歳代 ☐ 60歳代 ☐ 70歳代 ☐ 80歳代 ☐ 90歳代 ☐ 100歳以上 ☐ 不明						
当該製品の入手方法		☐ 店頭販売 ☐ (ネット)通販 ☐ 訪問販売 ☐ 個人輸入 ☐ その他 () ☐ 不明						
* 使用開始日		_____年__月__日 ☐ 不明 その他()		* 使用中止日		_____年__月__日 ☐ 不明 その他()		
* 1日摂取量		☐ 使用方法のとおり ☐ 少量 (具体的に:) ☐ 過量 (具体的に:) ☐ その他 (具体的に:) ☐ 不明 (具体的に:)						
* 症状発現後の使用状況・症状		☐ 中止 → 中止後に症状改善: ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 ☐ 中止後再使用 → 再使用で症状再発: ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 ☐ 減量 → 減量後に症状改善: ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 ☐ 増量 → 増量後に症状悪化: ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 ☐ 継続 ☐ 不明						
* 併用している他の健康食品		☐ あり ☐ なし ☐ 不明						
		製品名			製造者名			
ある場合	①							
	②							
	③							
	④							
	⑤							
	⑥							
	⑦							
	⑧							
	⑨							
	⑩							

4. 受診情報

* 医療機関受診	☐ あり ☐ なし ☐ 不明	
* 今回の症状のために受診した医療機関 (複数ある場合はすべて記載)	医療機関名:	受診日:
	所在地:	
	医療機関名:	受診日:
	所在地:	
その他の医療機関 (かかりつけ病院)	医療機関名:	受診日:
	所在地:	

妊娠の有無		☐ あり ☐ なし ☐ 不明	
* 併用している医薬品の詳細		☐ あり ☐ なし ☐ 不明	
ある場合		医薬品名	服用目的
	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		
	⑧		
	⑨		
	⑩		
	⑪		
	⑫		
	⑬		
	⑭		
⑮			

備考欄	* 製品の届出者・申請者が当該報告者と異なる場合は以下について記載ください ①製造者(輸入者)名、②①の住所、③①の電話番号、④販売者名、⑤販売者住所、⑥販売者電話番号
	(当該製品の販売量(販売開始後の累計及び当該製品と同ロット品)、医薬品成分等の分析結果と同様の苦情の有無を調査している場合には、こちらに記載ください)
	(既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください)
	(消費/賞味期限切れ、保存状態の不備等に関する補足情報や、本様式に該当箇所がないものの特記すべきが望ましいと判断される情報等(詳細な症状経過等、死因(死亡事例の場合))あれば、こちらに記載してください。)

5. 行政及び営業者等への届出状況

* 届け出の状況	☐ 済 →	受診した医師による診断(日付):
	☐ 未済	

***（事業者・保健所使用欄）**

症状		詳細（診断名等）	重篤度	転帰
複数選択可	主な症状	☐ 皮膚症状 ☐ 消化器症状 ☐ 肝機能障害 ☐ 腎機能障害 ☐ 呼吸器障害 ☐ 循環器障害 ☐ 神経障害 ☐ 血液障害 ☐ その他	☐ 軽微 ☐ 軽度 ☐ 中等度以上 ☐ 死亡	☐ 自然治癒 ☐ 外来治療で治癒 ☐ 入院治療で治癒 ☐ 未回復 ☐ 不明
	その他の症状	☐ 皮膚症状 ☐ 消化器症状 ☐ 肝機能障害 ☐ 腎機能障害 ☐ 呼吸器障害 ☐ 循環器障害 ☐ 神経障害 ☐ 血液障害 ☐ その他	☐ 軽微 ☐ 軽度 ☐ 中等度以上 ☐ 死亡	☐ 自然治癒 ☐ 外来治療で治癒 ☐ 入院治療で治癒 ☐ 未回復 ☐ 不明
重篤度の記載については、次の①から④までを参考に記入すること。ただし、入院治療を受けた場合であって、医師が重篤ではないと判断した症例は、②として取り扱い、一方で、入院治療を受けていない場合であって、医師が重篤と判断した症例は、③として扱う。 ①軽 微：摂取者が、医療機関を受診していない場合 ②軽 度：摂取者が、医療機関において外来治療を要した場合 ③中等度以上：摂取者が、医療機関において入院治療を受けた場合 ④死 亡：摂取者が、死亡した場合				
医師の意見等				

第2号様式（第3条）

製品検査申請書（検査命令に基づく製品検査用）

年 月 日

（申請先）
横浜市保健所長

申請者 住 所
〔 法人の場合は、名称・ 〕 フリガナ
代表者の氏名 氏 名
電 話
食品衛生管理者 氏 名
（食品衛生責任者）

次のとおり食品衛生法第26条第1項に規定する製品検査を受けたいので申請します。

製 品 の 名 称		
製造所又は加工所	所 在 地	電 話
	フリガナ 名 称	
製造又は加工年月日		年 月 日
ロ ッ ト 番 号		第 号
申 請 数 量		

（注意） この申請書は、製造所又は加工所の所在地を所管する福祉センターに提出してください。

第3号様式（第4条）

第3号様式による用紙で封印します。

（許可なく、みだりにこれをはがしてはいけません。）

年 月 日 封印

横浜市保健所 福祉保健センター

食品衛生監視員

（A5）

第4号様式（第6条第1項第2号）

食品衛生責任者養成講習会指定申請書

年 月 日

（申請先）

横浜市保健所長

住 所

申請者

団 体 名

代表者氏名

電話 （ ）

食品衛生法施行細則第4条第1項第1号の規定により、講習会の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

講習会の開催団体名 及び代表者氏名	
講習会の開催日時	年 月 日 時 分 ～ 時 分
講習会の開催場所	
受講者予定人数	人
講師	
受講料を徴収する場合はその額	
備考	

- （注） 1 開催団体名の欄には、協賛団体、後援団体があればその団体名も記載してください。
2 講習会受講修了者に交付する食品衛生責任者養成講習会修了証の様式を添付してください。
3 eラーニング方式による場合、講習会の開催日時記載欄には開催期間を、該当がない項目には斜線を記載し、講習会の詳細が確認できる資料を添付してください。

（A4）

第5号様式（第6条第1項第9号）

食品衛生責任者養成講習会実施報告書

年 月 日

（報告先）

横浜市保健所長

住 所

報告者

団 体 名

代表者氏名

電話 （ ）

食品衛生法施行細則第4条第1項第1号に規定する講習会を次のとおり実施したので報告します。

講 習 会 の 開 催 日 時	年 月 日 時 分 ～ 時 分
講 習 会 の 開 催 場 所	
受 講 人 数	人
講 師	
受講料を徴収した場合はその額	
備 考	

（注） e ラーニング方式による場合、講習会の開催日時記載欄には開催期間を、講習会の開催場所記載欄にはe ラーニングで開催した旨を、講師記載欄には斜線を記載してください。

（A4）

第6号様式（第7条第2項第1号）

食品衛生責任者実務講習会指定申請書

年 月 日

（申請先）

横浜市保健所長

住 所

申請者

団 体 名

代表者氏名

電話 （ ）

食品衛生法施行細則第4条第2項第1号の規定により、講習会の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

講習会の開催団体名	
講習会の名称	
講習会の開催日時	年 月 日 時 分 ～ 時 分
講習会の開催場所	
講習会の周知方法	
受講者予定人数	人
講習内容及び講習時間	(時間)
講師	
受講料を徴収する場合はその額	
備考	

- （注） 1 開催団体名の欄には、協賛団体、後援団体があればその団体名も記載してください。
- 2 e ラーニング方式による場合、講習会の開催日時記載欄には開催期間を、講習会の開催場所及び講師記載欄には斜線を、備考記載欄に講習会の概要を記載してください。

（A4）

第7号様式（第7条第2項第2号）

食品衛生責任者実務講習会実施報告書

年 月 日

（報告先）

横浜市保健所長

住 所

報告者

団 体 名

代表者氏名

電話 （ ）

食品衛生法施行細則第4条第2項第1号に規定する講習会を次のとおり実施したので報告します。

講 習 会 の 名 称					
講 習 会 の 開 催 日 時	年 月 日 時 分 ～ 時 分				
講 習 会 の 開 催 場 所					
受 講 者 数	人 (食品衛生責任者数 人、非食品衛生責任者数 人)				
食品衛生責任者実務講習会受講者名簿 _____ 区					
No.	責 任 者 番 号	営 業 所 名 称	営 業 の 種	営 業 所 所 在 地	食 品 衛 生 責 任 者 氏 名

（注） eラーニング方式による場合、講習会の開催日時記載欄には開催期間を、講習会の開催場所記載欄にはeラーニングで開催した旨を記載してください。（A4）

横浜市保健所長

整理番号：
※届出者による記載は不要です。

食品衛生管理者選任（変更）届

次のとおり、食品衛生管理者を選任（変更）したので、食品衛生法第48条第8項の規定により届け出ます。

（※営業許可申請書に添付する場合であって、内容が重複する項目（色付き項目）は記載を省略することができます。）

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、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 年 月 日生		
施設情報	施設の所在地		
	(ふりがな)		
施設の名称、屋号、商号			
食品衛生法施行令第13条に規定する食品又は添加物の別		☐ ①全粉乳（容量が1,400グラム以下である缶に収められたもの） ☐ ②加糖粉乳 ☐ ⑤魚肉ハム ☐ ⑧食用油脂（脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの） ☐ ③調製粉乳 ☐ ⑥魚肉ソーセージ ☐ ⑨マーガリン ☐ ⑪添加物（法第13条第1項の規定により規格が定められたもの） ☐ ④食肉製品 ☐ ⑦放射線照射食品 ☐ ⑩ショートニング	
食品衛生管理者情報	氏 名	(ふりがな)	
		年 月 日生	
	住 所		
	職 名		
	職 種		
	職務内容		
	選任（変更）年月日	年 月 日	
変更の場合	旧食品衛生管理者氏名	添付書類	☐履歴書 ☐資格等を証する書面 ☐営業者に対する関係を証する書面
	備考	(ふりがな)	
担当者氏名			

横浜市保健所長

整理番号：
※申請者による記載は不要です。

営業許可申請書

食品衛生法（第55条第1項）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

※ 以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。
申請者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 ☐）

※ 「食品衛生法に基づく営業許可申請、営業届出等の個人情報の取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 ☐）

申請者情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：	
	電子メールアドレス：				法人番号：	
	申請者住所 ※法人にあっては、所在地					
	(ふりがな)				生年月日 ※申請者が個人の場合	
	申請者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名				年 月 日生	
営業施設情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：	
	電子メールアドレス：					
	施設の所在地					
	(ふりがな)					
	施設の名称、屋号又は商号					
	(ふりがな)		資格の種類	食管・食監・調・製・栄・管栄・船舶・と畜・食鳥・その他		
	食品衛生責任者の氏名		受講した講習会 ※食品衛生責任者 養成講習会等を 受講した場合	講習会名称： 受講日： 年 月 日		
			資格の番号			
	主として取り扱う食品、添加物		自由記載 ※左欄について 補足があれば記載			
	自動販売機の型番 ※調理機能を有する自動販売機による営業の場合		業態 ※飲食店営業の場合（和食店、中華料理店、居酒屋等）			
HACCPの取組		※引き続き営業許可を受けようとする場合に限る。 ただし、複合型そうざい製造業、複合型冷凍食品製造業の場合は新規の場合を含む。 ☐ HACCPに基づく衛生管理 ☐ HACCPの考え方を取り入れた衛生管理				
応じ業 た種 に報	指定成分等含有食品を取り扱う施設				☐	
	輸出食品取扱施設 ※この申請の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。				☐	
担 当 者	(ふりがな)				電話番号	
	担当者氏名					

1 申請者が個人の場合は、住所、氏名及び生年月日が確認できる公の証明書（住民票、運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）を提示してください。

2 食品衛生責任者の資格を証明する書類（調理師等の免許証、食品衛生責任者養成講習会の修了証など）を提示してください。

3 食品又は添加物を製造する営業にあっては、製造方法の概要を記載した書類（製造品名、原材料の種類及び配合分量、製造工程、製造数量等を記載したもの）を添付してください。

4 自動車による営業の場合は、業務計画を記載した書類（当該自動車を取り扱う品目、数量、調理又は製造工程、使用する水の量等を記載したもの）を添付し、車台番号が確認できる書類（自動車検査証等）を提示してください。営業に使用する自動車とは別に当該営業に使用する食品取扱施設（仕込み場所等）がある場合は、当該施設の営業許可証の写しを添付してください。

[illegible]

第 10 号様式（第 11 条）

年 月 日

営 業 許 可 証

横浜市保健所長



営業者の氏名
（法人の場合は、名称）

施設の所在地
（自動車を利用して行う営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）

営業所の名称

営業の種類

営業許可年月日

営業許可番号

営業許可期限

その他

（A 4）

横浜市保健所長

営業許可証再交付申請書

営業許可証の再交付を受けたいので、食品衛生法施行細則第8条の規定により申請します。

申請者情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：		
	電子メールアドレス：				法人番号：		
	申請者住所 ※法人にあつては、所在地						
	(ふりがな)						
	申請者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名						
営業施設情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：		
	電子メールアドレス：						
	施設の所在地						
	(ふりがな)						
	施設の名称、屋号又は商号						
自動車登録番号及び車台番号 ※自動車による営業の場合							
営業許可業種		台帳番号	許可の番号及び許可年月日		営業の種類		備考
	1		横浜市 指令第 号 年 月 日				
	2		横浜市 指令第 号 年 月 日				
	3		横浜市 指令第 号 年 月 日				
	4		横浜市 指令第 号 年 月 日				
理由							
担当者	(ふりがな)				電話番号		
	担当者氏名						
備考						《受付印》	
	《事務処理欄》						

第12号様式（第13条）

（表）

食 品 衛 生 責 任 者 票

責任者番号

様

営業所の所在地

台帳番号

営業所の名称

許可年月日又は届出年月日

営業の種類又は形態

（縦 14.8センチメートル、横 10.0センチメートル）

(裏)

食 品 衛 生 責 任 者 講 習 会 受 講 記 録

年	月	日

食品衛生に関する新たな知見を習得するため、年1回以上、食品衛生責任者講習会を受講しましょう。

横浜市保健所長

次のとおり、許可（届出）営業者の地位を承継（譲渡・相続・合併・分割）したので、食品衛生法（第56条第2項・第57条第2項）の規定に基づき届け出ます。

地位を承継する者の情報

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、所在地					
(ふりがな)				生年月日 ※届出者が個人の場合	
届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名				被相続人との続柄 ※相続による承継の場合	

譲渡による承継の場合

譲渡した者

郵便番号：		電話番号：		FAX番号：	
電子メールアドレス：				法人番号：	
譲渡した者の氏名（法人にあってはその名称及び代表者の氏名）		(ふりがな)			
譲渡した者の住所（法人にあってはその所在地）					
譲渡年月日		年 月 日			
添付書類		☐ 譲渡が行われたことを証する書類 (・ 譲渡契約書等の写し等、当事者による譲渡の意思と譲渡の事実が最低限確認できるもの。 ・ 法人成りの場合は、当該個人事業主と法人成り後の法人との譲渡契約書等の写し等。)			

相続による承継の場合

被相続人

郵便番号：		電話番号：		FAX番号：	
電子メールアドレス：					
被相続人の氏名		(ふりがな)			
被相続人の住所					
相続開始年月日		年 月 日			
添付書類		☐ 戸籍謄本 又は ☐ 法定相続情報一覧図の写し ☐ 同意書（相続人が二人以上いる場合）			

合併による承継の場合

合併により消滅した法人

郵便番号：		電話番号：		FAX番号：	
電子メールアドレス：				法人番号：	
合併により消滅した法人の名称及び代表者氏名		(ふりがな)			
合併により消滅した法人の所在地					
合併年月日		年 月 日			

分割による承継の場合	分割前の法人	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：	
		電子メールアドレス：				法人番号：	
		分割前の法人の名称及び代表者の氏名		(ふりがな)			
		分割前の法人の所在地					
		分割年月日		年 月 日			
営業施設情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：		
	電子メールアドレス：						
	施設の所在地						
	(ふりがな)						
	施設の名称、屋号、商号（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）						
	台帳番号	許可の番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入		営業の種類又は形態		備考	
		横浜市	指令第 年 月 日				
		横浜市	指令第 年 月 日				
		横浜市	指令第 年 月 日				
営業施設情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：		
	電子メールアドレス：						
	施設の所在地						
	(ふりがな)						
	施設の名称、屋号、商号（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）						
	台帳番号	許可の番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入		営業の種類又は形態		備考	
		横浜市	指令第 年 月 日				
		横浜市	指令第 年 月 日				
		横浜市	指令第 年 月 日				
備考						《受付印》	

- 届出者が個人である許可営業の場合、届出者の住所、氏名の変更の場合は、住所、氏名が確認できる公の証明書(住民票、運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等)を提示してください。
- 承継した営業許可又は届出事項について、地位を承継する者の情報以外の変更がある場合は、地位承継届と同時に営業許可申請事項・営業届出事項変更届(第15号様式)を提出してください。
- 営業許可証の記載事項に変更がある場合は、現に交付されている営業許可証を添付してください。

横浜市保健所長

整理番号：
※届出者による記載は不要です。

営業届

食品衛生法（第57条第1項）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

※ 以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。（個人情報を除く。）
届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 □）
※ 「食品衛生法に基づく営業許可申請、営業届出等の個人情報の取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 □）

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、所在地						
	(ふりがな)				生年月日 ※届出者が個人の場合		
	届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名				年 月 日生		
営業施設情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：		
	電子メールアドレス：						
	施設の所在地						
	(ふりがな)						
	施設の名称、屋号又は商号						
	(ふりがな)		資格の種類	食管・食監・調・製・栄・管栄・船舶・と畜・食鳥・その他			
	食品衛生責任者の氏名 ※器具又は容器包装を製造する営業者を除く。		受講した講習会 ※食品衛生責任者 養成講習会等を 受講した場合	講習会名称：			
			資格の番号	受講日： 年 月 日			
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装		自由記載				
			※左欄について 補足があれば記載				
自動販売機の型番		自動車による営業	☐	関係自治体への申請情報の 提供に関する同意 ☐			
		自動車登録番号		車台番号			
HACCPの取組		☐ HACCPに基づく衛生管理 ☐ HACCPの考え方を取り入れた衛生管理					
業種 情報に 応じた	指定成分等含有食品を取り扱う施設				☐		
	輸出食品取扱施設 ※この届出の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。				☐		
営業届出	営 業 の 形 態				備考		
	1						
	2						
	3						
担当者	(ふりがな)		電話番号			《受付印》	
	担当者氏名						
《事務処理欄》							
☐ 責任者資格要件							
営業開始予定日： 年 月 日 調査予定日： 年 月 日							

1 食品衛生責任者の資格を証明する書類(調理師等の免許証、食品衛生責任者養成講習会の修了証など)を提示してください。
2 届出の業種が集団給食施設の場合は、施設の構造及び設備を示す図面を添付してください。

※変更がある項目の項目名を○で囲んでください。
※色の付いた枠内については、変更がある項目のみ記載して下さい。

整理番号：
※申請者、届出者による記載は不要です。

横浜市保健所長

営業許可申請事項・営業届出事項変更届

食品衛生法施行規則（第71条）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

- ※ 以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。
申請者又は届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 □）
※ 「食品衛生法に基づく営業許可申請、営業届出等の個人情報の取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 □）

申請者・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：	
	申請者・届出者住所 ※法人にあっては、所在地					
	(ふりがな)				生年月日 ※申請者・届出者が個人の場合	
営業施設情報	申請者・届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名				年 月 日生	
	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：	
	電子メールアドレス：					
	施設の所在地					
	(ふりがな)					
	施設の名称、屋号又は商号					
	(ふりがな)		資格の種類	食管・食監・調・製・栄・管栄・船舶・と畜・食鳥・その他		
	食品衛生責任者の氏名		受講した講習会 ※食品衛生責任者 養成講習会等を 受講した場合	講習会名称：		
			受講日： 年 月 日			
			資格の番号			
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装		自由記載			
			※左欄について 補足があれば記載			
自動販売機の型番		業態	※飲食店営業の場合（和食店、中華料理店、居酒屋等）			
HACCPの取組		☐ HACCPに基づく衛生管理 ☐ HACCPの考え方を取り入れた衛生管理				
業種 に応じた	指定成分等含有食品を取り扱う施設				☐	
	輸出食品取扱施設 ※この申請等の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。				☐	
営業届出	営 業 の 形 態 （届出営業のみ ※許可営業の場合は記載は不要です）				備考	
	1					
	2					
	3					
担当者	(ふりがな)				電話番号	
	担当者氏名					

1 施設の構造及び設備の変更の場合は、変更後の施設の構造及び設備を示す図面を添付してください。
2 許可営業の申請者の住所、氏名の変更の場合は、住所、氏名が確認できる公の証明書（住民票、運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）を提示してください。（申請者が個人の許可営業の場合のみ）
3 食品衛生責任者の変更の場合は、食品衛生責任者の資格を証明する書類（調理師等の免許証、食品衛生責任者養成講習会の修了証など）を提示してください。
4 営業許可証の記載事項に変更がある場合は、現に交付されている営業許可証を添付してください。

【裏面：許可営業のみ】 ※届出営業の場合は、この面の変更事項欄のみ記載してください

申請者情報	法第55条第２項関係						該当には ☒
	(1)	食品衛生法又は同法に基づく処分に違反して刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して２年を経過していないこと。					☐
	(2)	食品衛生法第59条から第61条までの規定により許可を取り消され、その取消しの日から起算して２年を経過していないこと。					☐
	(3)	法人であつて、その業務を行う役員のうちに(1)(2)のいずれかに該当する者があるもの。					☐
営業施設情報	食品衛生法施行令第13条に規定する食品又は添加物の別		☐ ①全粉乳（容量が1,400グラム以下である缶に収められたもの） ☐ ②加糖粉乳 ☐ ⑤魚肉ハム ☐ ⑧食用油脂（脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの） ☐ ③調製粉乳 ☐ ⑥魚肉ソーセージ ☐ ⑨マーガリン ☐ ⑪添加物（法第13条第１項の規定により規格が定められたもの） ☐ ④食肉製品 ☐ ⑦放射線照射食品 ☐ ⑩ショートニング				
	(ふりがな)			資格の種類			
	食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者選任（変更）届」も別途必要			受講した講習会 ※食品衛生管理者 登録講習会を受講した場合		講習会名称： 受講日：	
	使用水の種類		自動車による営業		☐		
	☐ 水道水 ☐ 専用水道 ☐ 簡易専用水道		関係自治体への申請情報の提供に関する同意		☐		
	☐ 小規模受水槽水道 ☐ 簡易給水水道		自動車登録番号				
	☐ その他の飲用に適する水（ ）		仕込み場所等の有無		☐ 有 ☐ 無		
業種に応じた情報	飲食店のうち簡易飲食店営業の施設			☐	生食用食肉の加工又は調理を行う施設		☐
	ふぐの処理を行う施設						☐
	(ふりがな)			免許番号			
	ふぐ包丁師氏名 ※ふぐを処理する営業の場合						
添付書類	☐ 施設の構造及び設備を示す図面			☐			
	☐ 水質検査の結果（その他の飲用に適する水を使用する場合）			☐			
	☐			☐			
営業許可業種		台帳番号	許可の番号及び許可年月日	営 業 の 種 類		備 考	
	1		横浜市 指令第 号 年 月 日				
	2		横浜市 指令第 号 年 月 日				
	3		横浜市 指令第 号 年 月 日				
	4		横浜市 指令第 号 年 月 日				
変更事項	【変更事項】						《受付印》
	【変更前の内容】						
	【変更年月日】 年 月 日						
《事務処理欄》 ☐ 申請者公的証明書 ☐ 責任者資格要件 ☐ 車検証 調査予定日： 年 月 日							

横浜市保健所長

廃業届

食品衛生法施行規則（第71条の2）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

- ※ 以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。
申請者又は届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 ☐）
- ※ 「食品衛生法に基づく営業許可申請、営業届出等の個人情報の取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 ☐）

申請者・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：	
	申請者・届出者住所 ※法人にあつては、所在地					
	(ふりがな)				生年月日 ※申請者・届出者が個人の場合	
営業施設情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：	
	電子メールアドレス：					
	施設の所在地					
	(ふりがな)					
営業許可・届出業種	施設の名称、屋号又は商号					
		台帳番号	許可の番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類又は形態	備 考	
	1		横浜市 指令第 号 年 月 日			
	2		横浜市 指令第 号 年 月 日			
	3		横浜市 指令第 号 年 月 日			
4		横浜市 指令第 号 年 月 日				
営業施設情報	自動車登録番号及び車台番号 ※自動車による営業の場合					
廃業年月日						
担当者	(ふりがな)		電話番号		《受付印》	
	担当者氏名					
備考						

1 許可営業の場合は、営業許可証を添付してください。

2 廃業の理由が営業者の死亡又は法人の解散による場合は、備考欄にその旨と廃業の届出者の住所、氏名及び連絡先を記入してください。

横浜市保健所長
横浜市中央卸売市場本場食品衛生検査所長

整理番号：
届出者による記載は不要です。

※食品表示法に関する自主回収の場合は、食品関連事業者の主たる事務所を所管する都道府県知事等又は消費者庁長官宛て

自主回収届（着手/変更/終了）

※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、色付け箇所は変更等がない場合も記載してください。色付け箇所を変更する場合は、変更箇所がわかるように丸印をつけてください。

回収委託先情報（赤枠内）については営業者（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。

☐ 食品衛生法第58条第1項 ☐ 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出します。
※「食品衛生法に基づく営業許可申請、営業届出等の個人情報の取扱いについて」への同意に不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。
(チェック欄 ☐)

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 ※法人にあつては、主たる事務所の所在地					
	(ふりがな)					
	届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名 ※食品表示法に関する自主回収の場合は表示に責任を有する者					
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					
	回収担当部門・担当者氏名（ふりがな） ※食品表示法に関する自主回収の場合は表示に責任を有する者					
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 ※法人にあつては、主たる事務所の所在地					
	(ふりがな)					
	委託事業者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名					
製造所又は加工所情報（注）	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					
	(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） ※法人にあつては、その名称					
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、出荷者、農場等） ※多数ある場合は、別紙にリストを添付して下さい。					
	回収の理由			内容		
	☐ ①食品衛生法に違反					
	☐ ②食品衛生法に違反するおそれ					
☐ ③食品表示法に違反						
☐ ④食品表示法に違反するおそれ						

（注）一次産品の場合は、出荷者等の営業所等の情報 （注）輸入品の場合は、輸入業者の営業所等の情報

回収する食品等の情報等

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下さい。	
回収に着手した年月日	年 月 日
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）	
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	
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）	
健康への危険の程度※都道府県等において記載	内容※都道府県等において記載
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下さい。	
備考	
担当者 (ふりがな) 担当者氏名	電話番号