

第1号様式

担任	合議	係長	課長	部長
----	----	----	----	----

指定成分等含有食品健康被害情報届出書

年 月 日

(宛先) 川崎市保健所長

住 所

氏 名

電 話

〔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〕

食品衛生法第8条第1項の規定により次のとおり届け出ます。

営業所の所在地	川崎市	区	電話
営業所の名称			
健康被害情報を得た日	年	月	日
製 品 名			
指定成分等の種類			
指定成分等の含有量			
健康被害を受けた者	性 別		年 齢
	指定成分等含有食品の 摂 取 状 況		
	健康被害に係る症状		
	受診している医療機関 の名称及び所在地		
	受診している医療機関 における診断結果		
	摂取時に使用していた 医薬品等の名称		
※ 処 理 年 月 日		※ 受 付 印	

- 注 1 「健康被害を受けた者」欄は、指定成分等含有食品が人の健康に被害を生じさせるおそれがある旨の情報である場合又は健康被害を受けた者の情報を得ることが困難な場合は、記入不要です。
2 ※印欄は、記入しないでください。