

受付番号： _____

品質情報入手記録

情報入手日	年	月	日	受付者
製品名	包装単位			
ロット番号				
(品質情報)				
氏名	年齢	才	性別	男・女
住所	連絡先			
品質情報内容				
現品の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	代替品の送付	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
安全性に関する情報の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
品質保証責任者	_____	印	確認日	年 月 日
安全管理責任者	_____	印	確認日	年 月 日
備考 (コメント)				