

クレーム受付票		
受付日時	年 月 日 () 時 分頃	
お客様情報	【氏名】	
	【住所】	
	【電話番号】	
対象商品	【商品名】	
	【期限】	
	【ロット番号】	
クレーム内容	【健康被害の場合】	
	発症日時	月 日 () 時 分
	症状	
	医療機関受診	
	医師の診断結果	
	【異物・カビの場合】	
	異物・カビの特徴	(大きさ・見た目・におい・触感など具体的に)
	発見・混入の状況	(開封の有無、食品中に練り込まれているかなど)
	【その他】	
内容		
購入・喫食状況	購入日時	月 日 () 時 分頃
	購入場所	
	保管状況	
	調理方法	
	喫食日時	
	喫食場所	
	喫食人数	