

事 務 連 絡
 令 和 年 月 日

公益財団法人大分県学校給食会理事長 殿

学校(調理場)名()
 校長(場長)名() 印

()の検査について(依頼)

標記のことについて、検査を依頼します。
 なお、発生状況等につきましては、下記のとおりである旨、申し添えます。

記

項 目	内 容				
担当者名					
連絡先					
異物混入発生日時	令和 年 月 日() 時 分 頃				
異物混入発生状況	発見場所	発見者(職名・学級名等)	発見状況	健康被害の有無	
				(有り ・ 無し)	
異物の状況等 (※ レを記入のこと)	<input type="checkbox"/> 給食会の食材から出た異物, <input type="checkbox"/> 給食会の食材以外から出た異物, <input type="checkbox"/> どちらか分からない				
	・形態 ・状況				
依頼物の検査 (※ どちらかに レを記入のこと)	<input type="checkbox"/> 材料から	商品名			
	<input type="checkbox"/> 献立の中から	献立名			
		使用主要材料名	購入先	購入日	備 考
		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
8					
9					
10					
その他気づいたこと					

確認	局長・課長等	検査室	受付