

ミラートップ クリアー2 4P 20入 自主回収について再協力をお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。

本年2月下旬より「ミラートップ クリアー2 4P 20入」の回収作業【対象：2014年11月3日～12月3日に弊社より出荷した636箱（12,720枚）】へご協力いただいていることに対し、心より御礼申し上げます。

また、現在までに当該品に起因する健康被害は発生しておりませんが、ご心配とご迷惑をお掛けしていることに対し、深くお詫び申し上げます。

さて、製造販売業者として、市場から対象ロットを回収することに全力をあげておりますが、現在のところ、対象ロット全数の回収には至っておりません。

つきましては、あらためまして下記のような対応をお願い致したく存じます。

皆様方には、あらためて多大なるご迷惑をおかけすることとなりますが、何卒ご理解・ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

【お客様へのお願い】

1. 販売時期から対象ロットの出荷先及び販売数量を特定し、未回収の医療機関への回収及び確認作業を行っていただけますようお願い申し上げます。
2. 「既に廃棄済み」等により現品が回収できない場合、添付の製品回収票の「回収不能欄」に販売実績数と現品回収数の差を記入の上、提出していただけますようお願い申し上げます。

【医療機関へのお願い】

1. 現在ご使用中の「ミラートップ クリアー2 4P」が回収の対象ロットか否かについて、ご確認いただけますようお願い申し上げます。

【対象ロットの見分け方 <http://www.ydm.co.jp/pdf/mirror.pdf>】

※回収の対象ロットであった場合、ただちにご使用を中止していただき、出入りの販売店様又は弊社までご連絡ください。

2. 出入りの販売店様等より回収への対応依頼があった際は、何卒ご協力をいただけますようお願い申し上げます。

以上

「ミラートップ クリアー2 4P」 製品回収票

回収場所にチェックを入れてください。 → 販売店様 歯科医院様(大学病院様、保健所様等含む)

【販売店様在庫の場合、下記にご記入ください】

在庫場所名称(会社名)	
在庫場所名称(営業所名)	
お電話番号	
ご担当者名	
記載日	年 月 日

【歯科医院様へ販売済みの場合、下記にご記入ください】

歯科医院名 等	
回収先ご対応者名	
お電話番号	
回収ご担当会社名・営業所名	
回収ご担当者名	
記載日	年 月 日

【回収品処理明細】

製品名	製品番号	製造ロットNo. (製品刻印)	販売 (在庫)数	回収数	回収不能 (使用済)数	回収不能理由 (どちらかにチェックをお願いします。)	回収年月日	回収品及び 本票発送日
ミラートップ クリアー2 4P	13-073	TP02 TP03 TP04 (TL) TP	(箱 枚)	(箱 枚)	(箱 枚)	<input type="checkbox"/> 使用後、廃棄した <input type="checkbox"/> その他 (理由:)	年 月 日	年 月 日

健康被害の有無

無し 有り (内容:)

特記事項 (何か記録すべき事項等がございましたらご記入下さい。)

【製販元記入欄】

受付番号:

受付日(現品受領日): 年 月 日

担当者:

*)本票は回収先ごとに1枚ずつ作成いただきますようお願いいたします。