

【回収確認書】

弊社管理番号： _____

作成日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フェザー安全剃刀株式会社 行

回収対象製品	フェザーディスポーザブルスカルペル No.1 1		
回収日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
医療機関名			
ご担当者名			
医療器械業者様名			
ご担当者名			
製品番号	ロット番号	回収数量	交換品ロット番号
No.1 1	2 2 0 7 0 6 2 1	本	
No.1 1	2 2 0 7 0 6 5 7	本	
No.1 1	2 2 0 7 0 7 0 4	本	
No.1 1	2 2 0 7 0 7 4 1	本	

*この用紙にご記入いただき、回収品と共にご返送いただきますようお願いいたします。

本回収に関しお手数をお掛けしますこと、心よりお詫び申し上げます。

回収に関する問合せ先：フェザー安全剃刀株式会社 メディカル商品部 担当窓口：石井・座間
TEL 03-3864-0917 FAX 03-3862-8039

回収品返送先：〒501-3753 岐阜県美濃市松森600-1
フェザー安全剃刀株式会社 美濃工場 返送窓口：佐曾利
TEL 0575-33-1855
☆料金着払いにてご返送ください