

理事長	管理責任者

不適合報告書

(施設名：介護老人保健施設リリックケアセンター)

現象発生部門		現象発生場所	
現象確認日時	年 月 日 ()	不適合種別	<input type="checkbox"/> 業務関連 <input type="checkbox"/> 内部監査

本来実施すべき事		記載者印
発生した不適合内容		記載者印

処置内容詳細		記載者印
--------	--	------

原因の特定 (主要因：●)	<input type="checkbox"/> 職員 :	記載者印
	<input type="checkbox"/> 方法 :	
	<input type="checkbox"/> 設備 :	
	<input type="checkbox"/> 材料 :	
	<input type="checkbox"/> 環境 :	

再発防止の必要性	<input type="checkbox"/> あり (下記の再発防止計画欄に記入) <input type="checkbox"/> なし
----------	---



再発防止計画	関係原因	実施日	誰が	いつ	何を	どうする	計画者
							計画者印

レビュー予定日	年 月 日	実施方法	
---------	-------	------	--

