

是正処置報告書

報告日			
報告者名			
是正／インシデント	<input type="checkbox"/> 是正	<input type="checkbox"/> インシデント	

文書番号	AB-標準-250531-7
版数	1
承認	作成

発生した不適合／インシデント				
発生日／発見日			発見者／情報源	
不適合内容				
対象となるルール				
不適合区分	<input type="checkbox"/> 重大な不適合	<input type="checkbox"/> 軽微な不適合	<input type="checkbox"/> 観察事項	

修正処置				
実施日			実施者	
処置内容				
根本的原因				
類似した不適合の有無	<input type="checkbox"/>	水平展開の必要性	<input type="checkbox"/>	

是正処置				
実施開始日			実施責任者	
処置内容				
レビュー予定日				

是正処置の有効性のレビュー				
レビュー実施日			レビュー実施者	
レビュー結果				
<input type="checkbox"/>	その後、同様の不適合は発生していない。			
<input type="checkbox"/>	その後、同様の不適合が再発している為、再度是正処置の実施が必要である。			
<input type="checkbox"/>	是正処置について、期待する効果が得られなかった為、再度是正処置を検討する必要がある。			
<input type="checkbox"/>	その他対応（コメントに記載）			
コメント				