附件1

 市（县）保健食品等三类食品快筛结果清单

| 序号 | 标识产品名称 | 产品分类（请填写保健食品、配制酒或玛咖制品） | 标识生产企业名称 | 标识生产企业地址 | 生产日期或批号 | 快筛结果 | 是否抽样 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人（签名）： 电话

日期：

 单位盖章：