

異物同定検査依頼書

1. ご依頼日 20 年 月 日

2. 検査報告書送付先 ※の項目は必須記入項目です。

ご依頼者	※ (会社名、工場名等)		
	(部署名)	※ (ご担当者名)	
ご住所	※〒	※TEL	
	※	FAX	
その他	報告書の宛名が上記のご依頼者と異なる場合はご記入下さい。		
※検査期間	(いずれかにチェックをご記入ください。至急の場合、検査料金は割増となります。)		
	<input type="checkbox"/> 普通 → 弊社検査室に到着後、土・日・祝日を除く5営業日以内にご報告いたします。 <input type="checkbox"/> 至急 (料金割増)		
※検体返却	(検査状況により返却できない場合があります。)		
	<input type="checkbox"/> 希望しない → 検体は検査終了後に破棄いたします。 <input type="checkbox"/> 希望する → 宅配便等で返却する場合は着払いになります。		
※報告書の取り扱い	(いずれかにチェックをご記入ください。)		
	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX後郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()		

3. 検体名、検体情報及び検査項目

※検体名	(検査報告書へ記載する名称及び特記事項(賞味期限、ロットNo.等)をご記入ください。)
※検査部分	(検査を希望する部分。)
※検体の発見状況	(発見状況、場所など。何に混入していたのか、商品および原材料等をご記入ください。)
検査内容 ご要望など	(混入が予想されるもの、検査についてのご要望がありましたらご記入ください。)
追加検査 (料金割増)	(検査依頼内容にチェックをご記入ください。)
	<input type="checkbox"/> カタラーゼ試験 (虫、毛髪に限る。) <input type="checkbox"/> 比較品検査 比較品名称：

弊社記入欄

受付No.		受付日	20 年 月 日	受入方法	持込 ・ 郵送 ・ 宅配 ・ 回収
-------	--	-----	----------	------	-------------------

【注意事項】

- 弊社で検査出来かねると判断した場合、業務提携している外部機関に検査を依頼します。この場合、弊社の検査希望期間を超える場合があります。ご了承ください。
- 異物検査の方法は、法令・文献などに基づく方法、または弊社の方法によります。
- 異物をセロテープで固定すると判定が困難になる場合があります。適度な容器(チャック付袋)やラップに包んでご提出ください。



〒620-0055 京都府福知山市篠尾新町2-66
 TEL 0773-23-1800 FAX 0773-23-7779