

異物試験検査依頼書

(一社)埼玉県食品衛生協会検査センター宛

受付番号 号

受付年月日 年 月 日 :

※太枠内は記載必須事項となっております。□にはチェックを入れて下さい。

検体発送日 年 月 日 :

ご依頼者 (成績書宛名)				ご担当者名	速報の有無	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 電話希望
				様		
所在地	(〒 -)	TEL			成績書	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来所
		FAX			検体発送・ 保管条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
		E-mail				
至急対応	<input type="checkbox"/> 至急(割増料金となります。)	携帯電話(急ぎの場合の連絡先)				
検体等の返却 (検体・容器)	<input type="checkbox"/> 必要 (□窓口・□宅急便) <input type="checkbox"/> 不要 宅配便は着払いとなります。	ご依頼の目的	異物検査		検体の種類	食品・その他 ()
No	試験品(検体)の名称	特記事項(参考品の有無等)		検査項目(具体的な依頼内容)		
1				拡大写真 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/>		
発見された時の状況、その他参考となる情報						
<その他 検査に関するご要望等(検査部位や抽出方法、試験法など)>						
				事務連絡(受付・検査)		
(未・領)						

(注意事項) ☆ 依頼書に記載された情報及び検査結果は、依頼者の同意なしに他者に提供することはありません。

・受付終了後は、宛名、請求先、試験品の名称等依頼内容の変更はできませんので、よくお確かめください。検査終了予定日は、あくまでも目安です。終了時刻によっては、速報や成績書の発送が翌日以降となる場合があります。・試験成績書の再発行は、発行後1年以内に限り、有料にて行います。

受付担当者	検査終了予定日	成績書発送年月日

照合	成績書作成	検査結果承認	検査担当