

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 |
| | | 携帯 | | | 検体発送・ 保管条件 | <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 |
| | | FAX | | | | |
| 至急対応 | <input type="checkbox"/> 至急(割増料金となります。) | | E-mail | | | |
| 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 |
| | | | |