

FARL《ファール》検査依頼書 (食品:異物鑑別)

(ibutsu-skk)

<代理店 FARL [ファール:株式会社アレルギー食品検査センター]>

※必ずお願いします

検査依頼書

➡ FAX:027-289-3802 もしくは farl@allergyfood-anshin.com

印刷の上、検体に同封して下さい 送付先: ㈱アレルギー食品検査センター 〒379-2116 群馬県前橋市今井町514-7 TEL.027-289-3800

※注意事項を充分にご確認の上、太枠内について、ご記入および該当する 全てをチェックして下さい。

受付日	西暦 年 月 日 (曜日)	受付No.	
報告予定日	西暦 年 月 日 (曜日)頃を予定	※検査期間は通常約2週間です	
報告書の発行は1部です。2部以上希望される場合は、別途1部当たり1,500円かかります。		受付完了・納期の連絡を <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> e-mail	
報告方法	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> e-mail <input checked="" type="checkbox"/> 郵送		
保存条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 暗所		
検体送付日	西暦 年 月 日 (曜日) 時頃		
事業者名 または 個人名	フリガナ)	TEL	
		FAX	
		e-mail	
ご住所	フリガナ)	その他、ご報告・ご請求に関する要望など	
	〒		
ご担当者	フリガナ)		
	部署・役職		
報告書の宛名	フリガナ)		
			※ご依頼者と異なる場合にご記入下さい

検体および検査内容		特記事項・要望事項
検体名称		※希望する検査等がありましたらご記入下さい ※報告書に記載します ※検査を希望する部分の詳細をご説明下さい
検査部分		
異物の状態	<input type="checkbox"/> 取出し済み <input type="checkbox"/> 混入したまま 【 <input type="checkbox"/> 表面 <input type="checkbox"/> 埋没 】	
異物の予想		
混入先の製品等	製品名等	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(同封)	
比較対象品	製品名等	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(同封)	
発見日時	西暦 年 月 日 (時)	
回収日時	西暦 年 月 日 (時)	
発見・回収の状況		
途中報告	<input type="checkbox"/> 必要なし(検査終了後の報告で良い) <input type="checkbox"/> 必要 【 月 日まで: <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> e-mail 】	
返却	<input type="checkbox"/> 必要なし(廃棄して良い) ※検査状況により返却できない場合があります <input type="checkbox"/> 必要 【 <input type="checkbox"/> 異物 <input type="checkbox"/> 混入先の製品等 <input type="checkbox"/> 比較対照品 】	

【注意事項】 1.お申し込み後、本書を作成し検体に同封して送付して下さい(着日は土日祝を避けて下さい) / 2.至急の場合はお申し込み時にご相談下さい / 3.検査・分析方法は法令・文献等に基づく方法、または弊社の方法に依ります。指定される場合は、特記事項・要望事項欄に明記して下さい / 4.検体の種別等の情報は検査・分析に重要ですので、なるべく詳細にご記入願います / 5.異物が微小である場合など、やむを得ず鑑別不可となることがあります。予めご了承下さい。