

輸入食品等試験検査依頼書

受付印

島根県環境保健公社 様

(太枠内のみご記入下さい)

下記の製品について検査を依頼します。

平成 年 月 日
 依頼者 (〒 -)
 住所 (所在地)
 氏名 (名称) 印
 連絡先 (TEL) - - 担当者名:
 (FAX) - -

請求先	*1	検査目的	<input type="checkbox"/> 自主検査	<input type="checkbox"/> 指導検査
結果送付先	*1		<input type="checkbox"/> 先行サンプル	<input type="checkbox"/> その他
品名及びブランド名		輸入数・重量		
		kg		
船名又は航空機名		輸入業者名		
貨物記号及び番号		住所		
着港年月日	平成 年 月 日	電話番号	-	-
生産国又は製造所名		通関業者名		
		電話番号	-	-
見本持出許可申請書又は見本持出包括申請書番号	第 号	平成 年 月 日		
採取希望日	平成 年 月 日 AM ・ PM	蔵置場所		
検査項目	検査品が複数で各々の検査項目が異なる場合、項目を検査品別に指定して下さい。			
	◆細菌学的検査		◆理化学的検査	
	<input type="checkbox"/> ① ()	<input type="checkbox"/> ① ()		
	<input type="checkbox"/> ② ()	<input type="checkbox"/> ② ()		
	<input type="checkbox"/> ③ ()	<input type="checkbox"/> ③ ()		
	<input type="checkbox"/> ④ ()	<input type="checkbox"/> ④ ()		
<input type="checkbox"/> ⑤ ()	<input type="checkbox"/> ⑤ ()			

* 1 : 請求先名・結果送付先等が依頼者と異なる場合ご記入下さい。

検査料金(税込)	¥ 領収・未収	契約・見積書	<input type="checkbox"/> 有(No.) <input type="checkbox"/> 無
検査品の採取時期 (採取方法. 搬送方法)	平成 年 月 日 製造・採取	検査品の採取者名	(財)島根県環境保健公社
	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	検査に関する連絡担当者名電話番号	0852-24-0207
検査品の採取場所		試験品番号	
検査実施日	平成 年 月 日	検査者の氏名	
成績書発行日	平成 年 月 日		

※内容の確認・済 [確認後○を付ける] (記録を保存するため簡略化)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 検査法の名称、具体的な手順 試薬等の選択又は使用の記録 標準品の選択及び標準液の調整の記録 試料採取の記録 前処理の記録 試料溶液の調整の記録 | <ul style="list-style-type: none"> 機械器具の選択、使用、洗浄等の記録 結果を算出するための計算の記録 結果の評価の記録 検査実施中の異常及びその対応に関する記録
(データの記録及び保管を含む) 検査等の結果 |
|--|--|