

## 異物鑑別・カビ同定検査 依頼書

受付日	年	月	日	保管温度 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 常温	搬入方法 <input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> 郵便	受付者	印
-----	---	---	---	--	--	-----	---

※太枠内は、必ずご記入ください！

発送日	年	月	日	輸送温度 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 常温
-----	---	---	---	--

(該当する輸送温度に☑してください。)

### ■ご依頼者様情報

会社名		会員No.	
部署名	役職名	担当者名	
所在地	〒		
TEL	FAX	E-mail	

### ■成績書送付先 (ご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

会社名		TEL	
部署名	役職名	担当者名	
所在地	〒		

### ■成績書宛名 (成績書に記載する宛名がご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

--

### ■検査項目一覧 (該当する項目を☑して下さい。)

<input type="checkbox"/> 異物鑑別検査	<input type="checkbox"/> 細菌同定検査	<input type="checkbox"/> カビ同定検査	<input type="checkbox"/> 酵母同定検査
上記にない項目			

### ■依頼内容

混入していた商品の名称 (成績書に記載される検体名です。製造年月日やロットNo.なども含めてご記入ください。)
発見場所や発見日時など (成績書に記載が必要な場合に、ご記入ください。)
検査対象 (異物はどれか。検査したい部分の詳細を文章または図にて、ご指定下さい。)
注)異物は、セロテープ等で固定せず、容器に入れるか、ラップに包んでお送り下さい。
混入していた商品の原材料 (裏表示がない場合は、分かる範囲で結構です。なるべくお書きください。)
比較品検体名 (比較対象がある場合に、ご記入ください。)
①
②
貴社で考えられる物、または考えられる理由がある場合に、ご記入ください。

### ■連絡事項 (その他ご要望をお書きください。また納期指定がある場合は、☑および納期をご記入ください。)

<input type="checkbox"/> 納期指定 (      月      日までに <input type="checkbox"/> FAX着 <input type="checkbox"/> 成績書着)	<送付先> 株式会社未来 マイラボ食品検査センター 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5 TEL:059-379-0077 FAX:059-367-7610
---	--