

食品アレルギー検査 依頼書

※本枠内は、必ずご記入ください！

発送日 年 月 日 輸送温度 冷蔵 冷凍 常温

■ご依頼者様情報

(該当する輸送温度に☑してください。)

会社名	〇〇〇〇 株式会社		会員No.	
部署名	マイラボ食品検査センター	役職名	担当者名	鈴鹿 一郎
所在地	〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756-5			
TEL	059-379-0077	FAX	059-367-7610	E-mail

料金請求先が依頼者様と異なる場合、連絡事項に記入、または別紙にて連絡をお願い致します。

■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	△△△△ 株式会社		TEL	△△△-△△△-△△△△
部署名	△△部	役職名	担当者名	鈴鹿 二郎
所在地	〒△△△-△△△△ 三重県四日市市△△-△			

納入先・仕入先等、依頼者様と異なる場合はご記入ください。

■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。)

株式会社 □□□□

■検査項目一覧 (該当する項目を☑して下さい。 また一覧以外の項目は、上記にない項目またはその他にご記入ください。)

表示義務7品目:スクリーニング検査

<ダブルスクリーニング用 (※表示の際に使用)>		<シングルスクリーニング用 (※日々の衛生管理に使用)>	
<input type="checkbox"/> 卵抗原含有検査(ELISA法)		<input type="checkbox"/> 日本ハムキットのみ	<input type="checkbox"/> モリナキットのみ
<input type="checkbox"/> 牛乳抗原含有検査(ELISA法)		<input type="checkbox"/> 日本ハムキットのみ	<input type="checkbox"/> モリナキットのみ
<input type="checkbox"/> 小麦抗原含有検査(ELISA法)		<input type="checkbox"/> 日本ハムキットのみ	<input type="checkbox"/> モリナキットのみ
<input type="checkbox"/> そば抗原含有検査(ELISA法)		<input type="checkbox"/> 日本ハムキットのみ	<input type="checkbox"/> モリナキットのみ
<input type="checkbox"/> 落花生抗原含有検査(ELISA法)		<input type="checkbox"/> 日本ハムキットのみ	<input type="checkbox"/> モリナキットのみ
<input type="checkbox"/> 甲殻類抗原含有検査(ELISA法) ※えび・かに共通		<input type="checkbox"/> ニスキットのみ	<input type="checkbox"/> マルハニチロキットのみ

表示推奨品目

<input type="checkbox"/> 大豆抗原含有検査(ELISA法)	<input type="checkbox"/> 大豆遺伝子含有検査(PCR法)	<input type="checkbox"/> 豚肉遺伝子含有検査(PCR法)
<input type="checkbox"/> 鶏肉遺伝子含有検査(PCR法)	<input type="checkbox"/> 牛肉遺伝子含有検査(PCR法)	<input type="checkbox"/> くるみ遺伝子含有検査(PCR法)
<input type="checkbox"/> さけ遺伝子含有検査(PCR法)	<input type="checkbox"/> さば遺伝子含有検査(PCR法)	<input type="checkbox"/> いか遺伝子含有検査(PCR法)
<input type="checkbox"/> やまいも遺伝子含有検査(PCR法)	<input type="checkbox"/> キウイフルーツ遺伝子含有検査(PCR法)	<input type="checkbox"/> あわび遺伝子含有検査(PCR法)
<input type="checkbox"/> りんご遺伝子含有検査(PCR法)	<input type="checkbox"/> パナ遺伝子含有検査(PCR法)	<input type="checkbox"/> もも遺伝子含有検査(PCR法)
<input type="checkbox"/> ごま抗原含有検査(ELISA法)	<input type="checkbox"/> ごま遺伝子含有検査(PCR法)	

上記にない項目

成績書に記載が必要な場合に記入してください。

■依頼内容 (期限日と特記事項は、成績書記載が必要な場合にご記入ください。)

No.	検体名	期限日	特記事項(製造日など)	検査項目(例 ☑検体No.1と同じ)
1		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		その他: その他: その他:
2		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他: その他:
3		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他: その他:

■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。)

納期指定 (月 日までに FAX着 成績書着)

(送付先) 株式会社未来 マイラボ食品センター
〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5
TEL:059-379-0077 FAX:059-367-7610

受付日 年 月 日 温度 冷蔵 冷凍 常温 受入 運送 顧客持込 担当持込 確認 印

検査方法、保存方法、検査部位の指定があればご記入ください。

納期指定が有る場合チェックを付けてください。標準納期より短い場合は確認の連絡をいたします。