

異物鑑別・カビ同定検査 依頼書

※本枠内は、必ずご記入ください！

発送日 2015年 4月 2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 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。)

<input checked="" 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。)
玉子焼き 製造日:2015.4.1 消費期限:2015.4.4

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。)
購入日:2015年4月1日 ○○スーパー
発見日:2015年4月2日 飲食

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。)

黒い点の同定



卵焼き表面にある。
5mm角様のもの。

検査対象のみ送付の場合は、検査対象名のみでの記入でかまいません。商品と検査対象を送付の場合は、対象がわかるよう説明を記入してください。

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。)

卵、ほうれん草、砂糖、塩

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。

ほうれん草が焦げたものに見える。

原材料、製造工程で使用しているもの等、可能性が考えられるものがあれば記入してください。

■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	<input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 常温	受入	<input type="checkbox"/> 運送 <input type="checkbox"/> 顧客持込 <input type="checkbox"/> 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。