

異物検査依頼書、報告書及び 検体返却のサービス化のお知らせ

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。
このたび、異物検査におきまして検査依頼書及び報告書を変更させていただきます。また、現状の検体返却対応は終了し、新たにサービス化をいたします。
弊社におきましては皆様のご要望に幅広くお応えすべく研鑽を重ねてまいりますので、今後とも引き続きお引き立てのほど、よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

■ 変更開始日

2024年11月25日（月）受託分から

■ 変更内容

	項目	変更前	変更後
依頼書	検体返却	検体返却要否のみ記載	返却方法（返却手段、搬送条件）の追加
	検体情報	—	検体情報記載欄の追加
	検査内容	検査に関わる必要量、検査項目の詳細についての記載なし	菌種同定実施要否欄の追加 微生物定量試験必要量の追加 膨張原因確認セット必要量の追加 蛍光X線分析に必要な大きさの追加 遺伝子検査で鑑別できる動物種の追加
	備考	—	経口摂取した場合の人体の影響有無についての報告選択欄の追加
報告書	検体情報	—	検体情報記載欄の追加



厚生労働省登録検査機関・登録衛生検査所（本社）〒651-0082 神戸市中央区小野浜町1番9号
ISO/IEC 17025:2017 認定試験所

株式会社日本食品エコロジー研究所

問い合わせ先
本社 理化学検査課：078（321）2311

	報告内容	異物と比較品の結果を まとめて記載	実施項目毎に結果を記載し、異物と比較品は、各々の 報告書を作成いたします
検体返却のサービス化		—	検体返却をご希望される場合は、ご指定された返却方法ごとのサービス料金といたします。 ポスト投函 1,000 円 宅配便 2,300 円 冷蔵・冷凍 2,700 円

■ ご依頼の際の注意事項

追加した注意事項を赤文字で記載をさせていただいております。ご確認ください。

1. 異物検査の方法は、食品衛生検査指針などに基づく方法、または弊社の検査方法によります。
2. 検体をセロハンテープで固定すると、判定が困難になる為、受託できません。
容器(チャック付袋)やラップに包んでご提出ください。
3. 比較品は類似していると思われるもの(工場内で使用しているプラスチックや金属などの部品)をご提出ください。
4. 複数の検体を同一の受付番号で処理する事は出来ません。(1検体につき1枚のご依頼書になります。)
5. 検体返却のポスト投函を選択された場合で、梱包サイズ(縦30cm、横20cm、厚さ3cm)、重量1kgを超える際は宅配便へ変更いたします。
6. 検査報告書発行後は、原則として請求先、依頼者名、検体名などの変更はできません。



厚生労働省登録検査機関・登録衛生検査所 (本社) 〒651-0082 神戸市中央区小野浜町1番9号
ISO/IEC 17025:2017 認定試験所

株式会社日本食品エコロジー研究所

問い合わせ先

本社 理化学検査課 : 078 (321) 2311

■ 依頼書の変更点

異物検査依頼書

- 1.本依頼書と同時に検体をご提出ください(1検体につき1枚)
- 2.本枠内は必ずご記入ください

赤枠:変更箇所

		ご依頼日: 年 月 日	
貴社名 (報告書名)		部署名	
ご住所	〒	ご担当者	
ご希望の 報告日数	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 至急 (料金割増)	TEL	
検体返却	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 検査状況により返却できない場合があります。返却をご希望の場合は有償にてご返却させていただきます。 上記で必要をチェックされた場合は、返却方法をご選択ください <input type="checkbox"/> 郵送等ポスト投函 (994200) <input type="checkbox"/> 宅配便 搬送条件 (<input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 冷蔵・冷凍以外) (994220)		
速報の有無	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> FAX後郵送	メール送付後郵送(事前に取り決めていただいたメールアドレスになります。)	
検体名称	検査報告書に記載する名称をご記入ください。		
比較品名称 (料金割増)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	件 名称 ()	
検体情報	製造日、発見日、発見場所、混入製品の原材料等の情報をご記載ください。記載された文言をそのまま検査報告書に記載が必要な場合、チェックをご記入ください。		
検査部分	検査を希望する部分についてご記入ください。大きさや色等(絵でも可)		
検査内容	検査依頼内容にチェックをご記入ください。 <input type="checkbox"/> 異物検査 <必ず実施項目> 形態観察・検体写真 <検体に応じて実施項目> 顕微鏡観察・反応試験・赤外分光光度計(FTIR) <input type="checkbox"/> 菌種同定(1菌種まで) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (2菌種以上から割増料金) <input type="checkbox"/> 微生物検査(3項目まで) <input type="checkbox"/> 定量試験 必要量50g以上(4項目から割増料金) <input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> カビ数 <input type="checkbox"/> 酵母数 <input type="checkbox"/> 乳酸菌数 <input type="checkbox"/> 官能検査(臭気) <input type="checkbox"/> 膨張原因確認セット 必要量100g以上(一般生菌数、酵母数、乳酸菌数、嫌気性菌数、クロストリジウム属菌) 追加項目(料金割増) ※異物検査と併せてご依頼ください。単項目での依頼はできません。比較品も、別途追加項目としての実施を致します。 <input type="checkbox"/> 蛍光X線分析(必要な大きさ約2mm 以上) <input type="checkbox"/> 遺伝子検査(動物種鑑別 豚・牛・馬・鶏・兔・羊) 追加項目(料金割増) ※単項目での依頼が可能です。 <input type="checkbox"/> カタラーゼ試験 <input type="checkbox"/> ピンホール検査 <input type="checkbox"/> 菌種同定 (シャーレで培養されたものが対象) <input type="checkbox"/> 臭気検査(GC/MS) <input type="checkbox"/> その他()		
備考	検査報告書に記載が必要な場合、チェックをご記入ください。 <input type="checkbox"/> 経口摂取した場合の人体への影響 (但しご希望に添えない場合があります、ご相談させていただきますことがあります。)		
弊社 記入欄	受付No. 顧客コード 受付日 年 月 日	受付印	確認印 報告印

【注意事項】

- 1.異物検査の方法は、食品衛生検査指針などに基づく方法、または弊社の検査方法によります。
- 2.検体をセロハンテープで固定すると、判定が困難になる為受託できません。容器(チャック付袋)やラップに包んでご提出ください。
- 3.比較品は、類似していると思われるもの(工場内で使用しているプラスチックや金属などの部品)をご提出ください。
- 4.複数の検体を同一の受付番号で処理する事は出来ません。
- 5.検体返却のポスト投函を選択された場合で、梱包サイズ(縦30cm、横20cm、厚さ3cm)、重量1kgを超える際は宅配便へ変更いたします。
- 6.検査報告書発行後は、原則として請求先、依頼者名、検体名などの変更はできません。

株式会社 日本食品エコロジー研究所
〒651-0082 神戸市中央区小野浜町1番9号
TEL(078)321-2311 FAX(078)321-3066

08-2024

受領日	受領者	検体数
/		



厚生労働省登録検査機関・登録衛生検査所 (本社) 〒651-0082 神戸市中央区小野浜町1番9号
ISO/IEC 17025:2017 認定試験所

株式会社日本食品エコロジー研究所

問い合わせ先

本社 理化学検査課 : 078 (321) 2311

