

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.太枠内は必ずご記入ください

弊社記入欄

ご依頼日: 年 月 日

貴社名 (報告書名)		部署名	
		ご担当者	
ご住所	〒	TEL	
		FAX	
ご希望の 報告日数	いずれかにチェックをご記入ください。至急の場合、検査料金は割増となります。件数や検体によって承れないことがあります。 <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 至急(料金割増)		
検体返却	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。 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要		
	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 994210		
速報の有無	いずれかにチェックをご記入ください。速報は不要、FAXメールどちらかをお選びください。 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> FAX後郵送 <input type="checkbox"/> メール送付後郵送(事前に取り決めさせ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)	いずれかにチェックをご記入ください。依頼書と比較品(袋)には、識別するための数字または名称を付与しご記入ください。検査報告書に記載します。 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 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に記載が必要かチェックをご記入ください。 報告書に記載 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要		
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) 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) 微生物検査(3項目まで) 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。単項目でのご依頼はできません。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・兎・羊) 追加項目(料金割増) ※単項目でのご依頼が可能です。 <input type="checkbox"/> カタラーゼ試験 <input type="checkbox"/> ビンホール検査 <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、ご相談させていただくことがあります。)		

弊社 記入欄	受付No.	受付印	確認印	報告印
	顧客コード			
	受付日 年 月 日			

【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

08-2411

jife-request@hugp.com

受領日	受領者	検体数
/		