

# 異物検査依頼書

発送日: 年 月 日

太枠内は記載必須事項となっております

ご依頼者	住所	〒		
	会社名(成績書宛名)			
	所属部署		ご担当者	
	TEL		FAX	

通常、成績書は上記ご依頼者様に送付します。成績書宛名や送付先、請求先が(ご依頼者様と異なる場合)、以下に(異なる欄のみ)ご記入下さい。

成績書宛名(会社名・部署名)\*

\*通常、成績書宛名に部署名は含まれません。会社名のみ記載願います。部署名を含める場合は、成績書宛名(会社名・部署名)へご記入ください。

成績書先	会社名			所属部署	
	住所	〒			
	ご担当者		TEL / FAX	/	

請求書先	会社名			所属部署	
	住所	〒			
	ご担当者		TEL / FAX	/	

成績書速報 (必ずチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 速報不要
	<input type="checkbox"/> 必要 [ <input type="checkbox"/> FAX希望 <input type="checkbox"/> メール(事前登録必要) ]
検査希望期間 (至急対応をご希望の場合)	<input type="checkbox"/> 至急 (割増料金) 一部検査項目は至急対応不可となっております。
発送時の検体温度	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
検体返却	<input type="checkbox"/> 希望 (着払いにて返却となります) (注)返却を求められない限り検体は廃棄いたします。

検体名称 注(成績書に記載)	特記事項 注(成績書に記載)
1	(注)検体名称は、「～中の異物」「～の斑点」など異物部分が検査対象とわかるような名称をご指定下さい。 (注)特記事項は、検体のLot、製造日、賞味期限等を成績書に記載が必要な場合のみご記入ください。 (注)依頼書は、1案件(依頼)につき1枚ご利用ください。
2	
3	
4	

検体情報(各項目の にチェックを入れて下さい)

発見場所  社内  製造委託先 (国内・海外)  お申し出品 (喫食前・喫食後)

ご送付前の試験  なし  あり(具体的な内容: )

推測される物質  
(注)1ミリ以下のもの、インクや結晶物を推測されている場合は、依頼前にご相談ください。

特になし・不明  
 毛  繊維  骨  プラスチック・ゴム  塗料  金属  岩石  ガラス  血液  
 食品・原料由来(具体名: )  その他( )  
 カビ・酵母  
 カビ・酵母が否かの検査でよい  カビ・酵母でない場合は、異物の特定希望  カビ・酵母の同定希望


検査対象箇所  
 ・ 検体が複数個ある場合  複数のうちどれを検査してもよい  特定の検体を検査希望( )  
 ・ 検体が不均質(層状など)の場合  全ての箇所を検査希望  特定の箇所を検査希望( )

料金について  
 料金連絡不要  概算料金の連絡必要(料金確定後にご連絡いたします)

備考(その他ご要望がございましたら記載ください)

検査料金 異物検査基本料金;15,000円 検体追加料金(1検体あたり);5,000円 顕微鏡写真料金;5,000円  
 材質特定 (FT-IR);1検体あたり 10,000円 材質特定 (EDX);1検体あたり 30,000円

< 検体郵送時の注意事項(必ずお読みいただくようお願いいたします。) >  
 001:\*\*異物 基本  
 002~:\*\*異物 追加  
 1.依頼書のコピーを検体に同封の上ご送付願います(弊センターへのFAXは不要です)  
 2.検体は郵送時に破損や紛失がないよう透明袋やシャーレなどに入れて下さい(検査結果に影響を与えますので、セロテープ等での固定はおやめ下さい)  
 3.可能な限り異物のみ取り出して郵送下さい。外観で検体がわかりにくい場合(異物が微小、食品中など)は、検査部位欄にご記入下さい。

FAX:059-351-0630	TEL:059-354-1552	受取日:20 年 月 日 受取者:
検体発送先:〒510-0825 三重県四日市市赤堀新町9番5号		
一般財団法人 食品分析開発センター SUNATEC		
		

成績書発行後は、原則として、請求先、依頼者名、検体名の変更はできません。また、成績書の再発行は、発行後1年以内に限りです。