

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。

成送 績付 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
検査希望期間 (至急対応をご希望の場合)	<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。
2	(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。
3	(注)依頼書は、1案件(依頼)につき1枚ご利用ください。
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	<input type="checkbox"/> 社内	<input type="checkbox"/> 製造委託先 (国内・海外)	<input type="checkbox"/> お申し出品 (喫食前・喫食後)
ご送付前の試験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的な内容:)		
推測される物質	(注)1:2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。		
	<input type="checkbox"/> 特になし・不明		
	<input type="checkbox"/> 毛 <input type="checkbox"/> 繊維 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> プラスチック・ゴム <input type="checkbox"/> 塗料 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 岩石 <input type="checkbox"/> ガラス <input type="checkbox"/> 血液		
	<input type="checkbox"/> 食品・原料由来(具体名:) <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> カビ・酵母		
	<input type="checkbox"/> カビ・酵母が否かの検査でよい <input type="checkbox"/> カビ・酵母でない場合は、異物の特定希望 <input type="checkbox"/> カビ・酵母の同定希望		
検査対象箇所	<input type="checkbox"/> 検体が複数個ある場合 <input type="checkbox"/> 複数のうちどれを検査してもよい <input type="checkbox"/> 特定の検体を検査希望()		
	<input type="checkbox"/> 検体が不均質(層状など)の場合 <input type="checkbox"/> 全ての箇所を検査希望 <input type="checkbox"/> 特定の箇所を検査希望()		
料金について	<input type="checkbox"/> 料金連絡不要 <input type="checkbox"/> 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	弊財団記入欄
	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(必ずお読みください) >
 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。外觀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
 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

受取日:20 年 月 日 受取者:

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。

ご依頼者と異なる方に成績書送付、請求書送付が

成績書の郵送前に、FAX、メール速報希望の場合は、チェックして下さい。メール速報は、事前にアドレス登録が必要です

保管温度をご指定下さい。

返却ご希望の場合のみチェックして下さい

名称をご指定下さい。商品名などではなく、検査対象が異物部分であることがわかるような名称をご記

異物と比較品合わせて5検体以上ある場合は、別紙にご記入下さい。依頼書は、1案件(依頼)につき1枚ご利用ください。

ご送付前に試験を実施されている場合は、その内

異物として推定されている物質にチェックしてください

検査対象箇所についてチェックして下さい。

その他ご希望、ご質問、ご不明な点がございましたら、ご記入下さい。