

異物検査依頼書

☆下記注意事項についてご確認の上、太枠内をご記入ください。

検体発送日	201 年 月 日 (曜日)	検体送付・保管条件	室温・冷蔵・冷凍
(ご)連絡先者	会社名:	所属:(事業部、部、課)	TEL:
	住所:〒	氏名:	携帯TEL:急ぎの場合のご連絡先
ご請求先	会社名:上記の「ご依頼者」様と異なる場合ご記入下さい	所属:	FAX:ご記入後再度ご確認ください
	住所:〒	氏名:	様
表検査結果	会社名:上記の「ご依頼者」様と異なる場合ご記入下さい	所属:	TEL:
	住所:〒	氏名:	FAX:ご記入後再度ご確認ください
検査結果表記載の会社名	上記の「ご依頼者」様(会社名)と異なる場合はご記入下さい	検査結果表処理方法 郵送・FAX後郵送・メール・メール後郵送 (メールアドレス:)	

ご依頼目的	提出先、求められている事等詳しくご記入下さい		
試験期間	普通・至急 至急は割り増し料金となります	納品希望日	2012年 月 日 (曜日)まで
商品名			
製品製造日			
賞味期限			
出荷日			
製品の保管期間			
販売店名			
原料原産地			
原産国名			
発見日時			
発見場所			
発見状況をできるだけ詳細に			
御社の立場として詳細に知りたい情報			
アピールしたい内容・その他ご要望等			

注意事項

1. 提出された検体・容器は、受付時に返却を求められない限り、廃棄いたします。
2. 検査には通常1週間以上要しております。余裕を持ってご依頼下さい。
3. 異物検体と比較検査するため、正常品などがある場合は区別表記してお送りください。

株式会社 フードテクニカル・ラボ
〒167-0054 東京都杉並区松庵3-19-6
TEL; 03-3334-2107
FAX; 03-3334-2154