

# 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       | 20 年 月 日( 曜日)                | 検体送付・保管条件  | 室温 ・ 冷蔵 ・ 冷凍      |
| (一) 連絡依頼先者  | 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  |
|             |                              | 様  | FAX:ご記入後再度ご確認ください |
| (二) 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:  | TEL:              |
|             | 住所:〒                         | 氏名:  | FAX:ご記入後再度ご確認ください |
|             |                              | 様  |                   |
| 表検査付結果      | 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 |
|             |                              | 様  |                   |
| 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<br>郵送 ・ FAX後郵送 ・ メール ・ メール後郵送<br>(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 | 20 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**