

# 一般食品検査依頼書

下記のとおり試験検査を依頼します。〔太枠内のみご記入ください。〕

※会社名、試験品名称、特記事項等はここに記載されたとおりに試験証明書に記載します。

依頼年月日	年 月 日
御担当者	
TEL	
FAX	

依頼者	会社名		御担当者	
	住所	〒		TEL
上記の依頼者と試験証明書宛先、請求書宛先(送付先)が異なる場合ご記入ください。			〔注意事項〕	
証明書宛先名			※ 試験を通じて知りえた情報等の秘密保持を厳守します。	
請求書宛先			※ ここに記載された事項は、受付後、原則変更できませんので、事前にご確認願います。	
請求先住所		〒	※ 試験品等については、申し添えがない場合、原則返却いたしません。	
御担当者			TEL :	
			※ 検査料金は、請求書に記載の口座へ納入期限内にお納めください。	

試験品名称 (商品名等)	希望検査項目に○印又は記入して下さい
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             異物の同定         </div>
特記事項 (ロット・賞味期限・消費期限等)	注意：異物をテープ等で固定しないでください。 (テープの糊が分析に影響を及ぼす場合があります。)

※比較品(異物と同じものと思われるもの)があれば検査日数が速くなる場合があります。  
 ※検査の参考としますので、お分かりになる範囲で以下の情報をご記入ください。

①異物の外観的特徴(例：白い5mm程度の板状)  
 ※食材中の異物や微小検体など分かりにくいもの、検査箇所の指示などある場合は図示して下さい。

②発見した状況(例：お客様が食べようとした際に見つけた)

③発見してから検査依頼までの保管状況(例：1週間前から常温で保管)

試験品及び試験証明書等の取り扱いについて○印又は記入して下さい	
試験証明書の使用目的	自社管理用・流通用・クレーム品用・製品表示用・その他 ( )
試験証明書の取扱い	郵送・窓口引き取り・その他 ( )
その他希望要件等 (試験品の返却の有無など)	返却希望(着払い) ・ 返却不要

この一般食品検査依頼書を下記にFAXし、コピーを試験品と同封のうえ、持込又はご送付願います。〔受付時間：9：00～15：30〕

一般財団法人 千葉県薬剤師会検査センター 食品薬品部  
 〒267-0056 千葉県千葉市緑区大野台2-3-36

TEL 043-205-5221(予約専用) FAX 043-205-8586

受付日・時間	年 月 日( ) 時 分	試験終了 予定日	年 月 日( )	
受付状態	常温・冷蔵・冷凍	確認者	確認者	受付者
受付区分	採取・送付・持込			
受付時の数量				

\* 試験証明書を他の宣伝媒体にご使用の場合は、「不当景品類及び不当表示防止法」等の関係法令の遵守をお願いします。

注) 試験終了予定日は、確認試験等により延期になる場合があります。