

検査依頼書（食品:カビ毒分析）

<eiyou-skk>

注意事項を充分にご確認の上、太枠内について、ご記入および該当する 全てをチェックして下さい。

受付日	平成 年 月 日 (曜日)	受付No.	
報告予定日	平成 年 月 日 (曜日)頃を予定		
報告書の発行は1部です。2部以上希望される場合は、別途1部当たり1,500円かかります。		受付完了の連絡を <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> e-mail	受領印
報告方法	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送		
保存条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 暗所		
検体送付日	平成 年 月 日 (曜日) 時頃		
事業者名 または 個人名	フリガナ)	TEL	
		FAX	
		e-mail	
ご住所	フリガナ)		
	〒		
ご担当者	フリガナ)	その他、ご報告・ご請求に関する要望など	
	部署・役職		
報告書の宛名	フリガナ)		
	※ご依頼者と異なる場合にご記入下さい		

検体 1			
名称 ※報告書に記載します			
回収・採材	平成 年 月 日 (時)		
種別	<input type="checkbox"/> 惣菜・調理加工食品 <input type="checkbox"/> 菓子類 <input type="checkbox"/> 水産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 調味料・香辛料	<input type="checkbox"/> 農産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 畜産物・その加工品 <input type="checkbox"/> その他()	
主な原材料			
検査部位	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定()		
検査項目	<input type="checkbox"/> カビ毒3項目一斉 (デオキシニバレノール、パツリン、ゼアラレノン)		
	<input type="checkbox"/> カビ毒4項目一斉 (アフラトキシンB1、アフラトキシンB2、アフラトキシンG1、アフラトキシンG2)		
	<input type="checkbox"/> カビ毒7項目一斉 (デオキシニバレノール、パツリン、ゼアラレノン、アフラトキシンB1、アフラトキシンB2、アフラトキシンG1、アフラトキシンG2)		
	<input type="checkbox"/> デオキシニバレノール <input type="checkbox"/> パツリン <input type="checkbox"/> ゼアラレノン <input type="checkbox"/> アフラトキシンB1 <input type="checkbox"/> アフラトキシンB2	<input type="checkbox"/> アフラトキシンG1 <input type="checkbox"/> アフラトキシンG2 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	
特記事項 ・ 要望事項			



株式会社 食環境衛生研究所
 〒379-2107 群馬県前橋市荒口町561-21
 TEL : 027-230-3411
 FAX : 027-230-3412
 e-mail : info@shokukanken.com

【注意事項】 1.お申し込み後、本書を作成し検体に同封して送付して下さい(着日は土日祝を避けて下さい) / 2.至急の場合はお申し込み時にご相談下さい / 3.検体の返却は原則おこないません。必要な場合は特記事項欄に明記して下さい / 4.検査・分析方法は法令・文献等に基づく方法、または弊社の方法に依ります。指定される場合は、特記事項・要望事項欄に明記して下さい / 5.検体の種別等の情報は検査・分析に重要ですので、なるべく詳細にご記入願います。

