

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	西暦 年 月 日 (曜日)	受付No.		
報告予定日	西暦 年 月 日 (曜日) 頃を予定			
報告書の発行は1部です。2部以上希望されるかたは、別途1部当たり1,500円がかかります。		受付完了の連絡を		
報告方法	☐ TEL ☐ FAX ☐ 郵送 (原本は、TEL、FAXをご希望された方にも、後日送付させていただきます)	☐ 希望しない ☐ 希望する ☐ FAX ☐ e-mail	受領印	
保存条件	☐ 常温 ☐ 冷蔵 ☐ 冷凍 ☐ 暗所			
検体送付日	西暦 年 月 日 (曜日) 時頃			
お申込み区分	☐ 以前にお取引のある方 ☐ 新規お取引の方			
事業者名 または 個人名	フリガナ)		TEL	
			FAX	
	報告書に記載される宛名です。別の宛名をご希望される場合は、下欄の『報告書の宛名』にご記入下さい。		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			
報告書に記載される宛名	フリガナ)			
	※『事業者名または個人名』に記載された宛名と異なる場合は、ご記入下さい。			

	検体 1			
名称 ※報告書に記載します				
回収・採材	年 月 日 (時)			
種別	☐ 惣菜・調理加工食品	☐ 菓子類	☐ 農産物・その加工品	☐ 畜産物・その加工品
	☐ 水産物・その加工品	☐ 調味料・香辛料	☐ その他 ()	
主な原材料				
検査部位	☐ 指定なし ☐ 指定 ()			
検査項目	☐ カビ毒3項目 (DON、パツリン、ZEN)			
	☐ カビ毒3項目 (AflaB1・D・Z) 一斉検査 (アフラトキシンB1、DON、ZEN)			
	☐ カビ毒4項目 (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)			
	☐ カビ毒6項目 (総アフラトキシン、デオキシニバレノール、ゼアラレノン)			
	☐ カビ毒7項目 (カビ毒3項目 + 総アフラトキシン)			
	☐ カビ毒10項目 (総アフラ+オクラトキシンA等のカビ毒セット)			
	☐ 総アフラトキシン (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)			
	☐ 総アフラトキシン + アフラトキシンM1			
	☐ デオキシニバレノール		☐ オクラトキシンA	
	☐ パツリン		☐ ロリトレムB	
	☐ ゼアラレノン		☐ フモニシンB1、B2	
	☐ アフラトキシンB1		☐ ステリグマトシスチン	
	☐ アフラトキシンM1		☐ ()	
	☐ T-2トキシン		☐ ()	
特記事項・要望事項	 https://www.shokukanken.com 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。

〈eiyou-skk〉

 **Shokukanken**
<https://www.shokukanken.com>