

様式 1

輸入食品等試験検査依頼書

受付年月日: 年 月 日	公益財団法人岡山県健康づくり財団	〒700-0952	岡山市北区平田 408-1
成績書番号: ー	試験品番号:		TEL(086)246-6257
			FAX(086)246-6258

検査成績書に反映しますので太枠内を正確に記入してください。成績書発行後は変更できません。

依頼者名 (法人名称)		担当部署	
		担当者名	
依頼者住所 (法人所在地)	〒	TEL	
		FAX	
サンプリング 希望日時	年 月 日 () 時 分 希望	決定日時	月 日 () 時 分
検体の種類	<input type="checkbox"/> 保税貨物、 <input type="checkbox"/> 内国貨物、 <input type="checkbox"/> 品目登録検査	採取者名	(理化学)
送付サンプル確認	<input type="checkbox"/> 直送、 <input type="checkbox"/> 未開封、 <input type="checkbox"/> 検疫所再封、 <input type="checkbox"/> 税関再封		(細菌学)

貨物の別	<input type="checkbox"/> 食品(冷凍食品・食肉製品・清涼飲料水・その他)、 <input type="checkbox"/> 添加物、 <input type="checkbox"/> 器具・容器包装、 <input type="checkbox"/> その他		
名 称			
輸入数・重量	C/S、C/T、B/G	kg(NET)	
容器の種類		保管状況場所	<input type="checkbox"/> 常温、 <input type="checkbox"/> 冷蔵、 <input type="checkbox"/> 冷凍、 <input type="checkbox"/> 倉庫、 <input type="checkbox"/> コンテナ
貨物の記号 及び番号		輸入届出 受付番号	
到着年月日及び 到着(空)港名	年 月 日 港	船舶又は航空機 の名称・便名	
保管倉庫の名称・所在地 又は採取時の現地訪ね先			
製造者(所)加工者(所)の 氏名(名称)住所(所在地) 加工食品以外では生産地			
輸入者(社)	氏名(名称)	依頼者に同じ	TEL
	住所(所在地)		
通関業者名及び電話番号	依頼者に同じ		TEL
見本持出し許可申請書又は 見本持出し包括申請書番号	年 月 日		
検査に関する連絡先	(所属)	(氏名)	(TEL)
検査項目			
検体数	件		
添付書類(複写可)	<input type="checkbox"/> 食品等輸入届出書、 <input type="checkbox"/> Invoice、 <input type="checkbox"/> Packing List、 <input type="checkbox"/> Arrival Notice、 <input type="checkbox"/> B/L、 <input type="checkbox"/> その他		

成績書 交付	方 法	郵送、 窓口、 FAX 後郵送、 FAX 後窓口		発行部数	部
	送付先	依頼者、輸入者、通関業者、その他 ()			
領収又は 請求宛先	依頼者、輸入者、通関業者、その他 ()				
検体の返却 (原則不返却)	要・不要	返却先 (着払い)	依頼者、輸入者、通関業者		
備 考			部門責任者	理化学区分	細菌学区分