

FARL《ファール》検査依頼書（食品:カビ毒分析）

〈kaidoku-skk〉

〈代理店 FARL [ファール:株式会社アレルギー食品検査センター]〉

※必ずお願ひします

検査依頼書 ➡ **FAX:027-289-3802** もしくは **farl@allergyfood-anshin.com**

印刷の上、検体に同封して下さい 送付先:㈱アレルギー食品検査センター 〒379-2116 群馬県前橋市今井町514-7 TEL.027-289-3800

※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	※検査期間は通常約2週間です	
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・納期の連絡を	受領印
報告方法	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> e-mail <input checked="" type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 希望しない	
保存条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 暗所	<input type="checkbox"/> 希望する	
検体送付日	平成 年 月 日 (曜日) 時頃	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> e-mail	
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	様	
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"/> 農産物・その加工品	<input type="checkbox"/> 畜産物・その加工品
	<input type="checkbox"/> 水産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 調味料・香辛料	<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"/> アフラトキシンG1	
	<input type="checkbox"/> パツリン	<input type="checkbox"/> アフラトキシンG2	
	<input type="checkbox"/> ゼアラレノン	<input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> アフラトキシンB1	<input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> アフラトキシンB2	<input type="checkbox"/> ()	

※ 御不明な点がございましたら、お問い合わせください。

食品検査受託 FARL《ファール》 TEL:027-289-3801

【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。なるべく詳細にご記入願います。

事業者名 または個人名		受付No.	
----------------	--	-------	--

検体 2

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"/> 農産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 畜産物・その加工品
	<input type="checkbox"/> 水産物・その加工品	<input type="checkbox"/> 調味料・香辛料	<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 ()	<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"/> アフラトキシンG1 <input type="checkbox"/> パツリン <input type="checkbox"/> アフラトキシンG2 <input type="checkbox"/> ゼアラレノン <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> アフラトキシンB1 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> アフラトキシンB2 <input type="checkbox"/> ()		

検体 3

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"/> 農産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 畜産物・その加工品
	<input type="checkbox"/> 水産物・その加工品	<input type="checkbox"/> 調味料・香辛料	<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 ()	<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"/> アフラトキシンG1 <input type="checkbox"/> パツリン <input type="checkbox"/> アフラトキシンG2 <input type="checkbox"/> ゼアラレノン <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> アフラトキシンB1 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> アフラトキシンB2 <input type="checkbox"/> ()		

※ 御不明な点がございましたら、お問い合わせください。

食品検査受託 FARL《ファール》 TEL:027-289-3801