

# 輸入食品等試験検査依頼書

公益社団法人 日本食品衛生協会 殿  
〒194-0035 東京都町田市忠生2-5-47  
TEL 042-789-0211 FAX042-789-0355

(弊社記載欄)  
受付番号  
受付年月日 平成 年 月 日  
受付担当者

成績書発送予定日  
月 日  
試験終了予定日  
月 日

下記のとおり試験検査を依頼します。(以下、ご記入下さい。)

指数  
区分 (至急)

検査依頼日	年	月	日
-------	---	---	---

売上区分 1. 現金 2. 小切手 3. 売掛

依頼者名 住所	〒	ご担当部課・ご担当者 部	様 課 (室)
		TEL FAX	

成績書の宛名が輸入業者と異なる場合に記入してください。※記載が無い場合には、輸入業者名となります。

成績書宛名		TEL FAX
-------	--	------------

成績書の送付先が依頼者住所と異なる場合に記入して下さい。※記載が無い場合には、依頼者欄の宛名、送付先になります。

成績書送付先	〒	ご担当部課・ご担当者 部	様 課 (室)
		TEL FAX	

請求書の①宛名、又は②送付先が依頼者と異なる場合に記入して下さい。※記載が無い場合には、依頼者欄の宛名、送付先になります。

請求書 宛名・送付先	〒	ご担当部課・ご担当者 部	様 課 (室)
		TEL FAX	

供試品名称			
輸入数重量	CT BG CS PS	KG	貨物の記号 及び番号
船名又は 航空機名			
輸入業者名 住所 電話番号	到着年月日		平成 年 月 日
	生産国		
通関業者名 電話番号	製造所名		
	見本持出許可申請書又は見本持出包括申請書番号		
			平成 年 月 日

試験依頼項目等 (試験法その他指定がございましたら併記願います)	その他の確認事項 採取品 <input type="checkbox"/> 先行見本輸入 (本貨物は 月頃を予定) <input type="checkbox"/> 保税中貨物 <input type="checkbox"/> 通関済み貨物 採取場所 <input type="checkbox"/> 保税倉庫 <input type="checkbox"/> コンテナヤード  (住所)  (ご担当・立会い者)  (緊急時ご連絡番号)  採取希望日:  保管状況 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 常温
----------------------------------	--

※成績書の宛名および供試品の名称については、成績書発行後変更することはできませんので、訂正を要するときは至急申し出て下さい。  
 ※ご記入頂いた個人情報につきましては、試験検査の申し込み、お問い合わせ等の目的に使用いたしますが、当協会からの講習会・出版物・共済等のご案内にも使用させて頂く場合がありますので、あらかじめご了承願います。