

# 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 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	電話	— —	到着年月日 年 月 日 生産国
通関業者名 電話番号	電話	— —	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			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"/> 保稅中貨物 <input type="checkbox"/> 通関済み貨物 採取場所 <input type="checkbox"/> 保稅倉庫 <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

**注意事項**

- ①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。
- ②ご依頼いただいた試験検査の情報・結果は、依頼者の同意なしに他者に供覧することはありません。
- ③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。