

# 検査依頼書

ビューローベリタスエフィーエーシー株式会社  
 〒699-0624 島根県出雲市斐川町上直江1932番地  
 TEL (0853)73-7820 FAX (0853)72-2830  
 e-mail info.feac@bureauberitas.com

依頼日	年	月	日
受付日	年	月	日
受付番号	-		

フリガナ	フリガナ	フリガナ	
依頼者名 (法人名)	部署名	担当者名	様
住所 〒 -			
TEL ( )	FAX ( )	E-mail	@
※検査結果(証明書)の送付先が上記の住所・連絡先と異なる場合は下記項目にご記入下さい。			
送付先名	部署名	担当者名	
住所 〒			
TEL ( )	FAX ( )	E-mail	@
検査目的	<input type="checkbox"/> 検疫所提出用 <input type="checkbox"/> 先行サンプル <input type="checkbox"/> 自社検査用 <input type="checkbox"/> 流通販売用 <input type="checkbox"/> その他( )		
試験品 の種類	<input type="checkbox"/> 冷凍食品 <input type="checkbox"/> 食肉製品 <input type="checkbox"/> 清涼飲料水 <input type="checkbox"/> 生食用かき <input type="checkbox"/> 乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 食品添加物 <input type="checkbox"/> 器具・容器・包装 <input type="checkbox"/> おもちゃ <input type="checkbox"/> その他( )		
試験品名		納期	
検査方法・検査部位についての希望事項※		採取量 記入欄	
NO.	検査項目	備考	NO.
1			5
2			6
3			7
4			8
蔵置場所 (施設名)		担当者名 TEL ( )	
試験品採取希望日	月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	
輸入数重量	c/t    kg	船航空機名	
到着年月日	年 月 日	通関業者名 TEL ( )	
輸入業者名 住所・TEL	( )		
貨物の記号 番号および B/L 番号	生産国および 製造所		

※ 食品衛生法等により規格基準が定められた試験項目は、規格基準の方法で実施します

受付担当者	区分責任者	
	微生物学	理化学

ご依頼の際は、食品等輸入届出控、パッキングリストまたはインボイスおよび見本持出許可申請書を各1部ご用意下さい。