

FARL《ファール》検査依頼書（食品:カビ毒分析）

〈kabidoku-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	西暦 年 月 日 (曜日)	受付No.
報告予定日	西暦 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(税別)かかります。		受領印
報告方法	※ペーパーレス化にともないEmailでPDFデータの受け渡しが基本となります	
保存条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 暗所	
検体送付日	西暦 年 月 日 (曜日) 時頃	
事業者名 または 個人名	フリガナ	Email (必須)
		TEL (必須)
		FAX
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 ※請求書のメール送信先が依頼者以外の場合は 部署/担当者名/メールアドレスを記載
	部署・ 役職	
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	西暦 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 (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)
	<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"/> 総アフラトキシン(アフラトキシン4種) <input type="checkbox"/> アフラトキシンM1
	<input type="checkbox"/> デオキシニバレノール <input type="checkbox"/> ()
	<input type="checkbox"/> ゼアラレノン <input type="checkbox"/> ()
	<input type="checkbox"/> パツリン <input type="checkbox"/> ()
	<input type="checkbox"/> アフラトキシンB1 <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・分析に重要ですので、なるべく詳細にご記入願います。

FARL《ファール》検査依頼書（食品:カビ毒分析）

<kabidoku-skk>

<代理店 FARL [株式会社アレルギー食品検査センター]>

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

検体 2	
名称 <small>※報告書に記載します</small>	
回収・採材	西暦 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 (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) <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"/> 総アフラトキシン(アフラトキシン4種) <input type="checkbox"/> アフラトキシンM1 <input type="checkbox"/> デオキシニバレノール <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ゼアラレノン <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> パツリン <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> アフラトキシンB1 <input type="checkbox"/> ()

検体 3	
名称 <small>※報告書に記載します</small>	
回収・採材	西暦 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 (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) <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"/> 総アフラトキシン(アフラトキシン4種) <input type="checkbox"/> アフラトキシンM1 <input type="checkbox"/> デオキシニバレノール <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ゼアラレノン <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> パツリン <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> アフラトキシンB1 <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