株式会社BMLフード・サイエンス　大阪事業所

FAXNo.　06-4706-2500

この依頼書をFAXした後、検体に添付してお送りください

| 送り先の検体 | (株)BMLフード・サイエンス 商品グループ<br>〒350-1101　埼玉県川越市的場1491<br>TEL:049-239-5380　FAX:049-239-5372 |
|---|---|

# 異物検査依頼書

| 検体到着予定日 | 2 | 0 | | | 年 | | | 月 | | | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**①貴社情報をご記入ください**

| 貴　社　名(ご請求先) | | 所属・店舗名等 | |
|---|---|---|---|
| 成　績　書　宛　名<br>(ご依頼社と違う場合) | | | |
| ご担当者名<br>TEL(　　)　FAX(　　) | | | |

**②依頼検体の送り方等をチェックしてください**

| 輸送方法 | | 宅配便・郵便 | | 持ち込み | | その他 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 輸送温度 | | 冷蔵(10℃以下) | | 冷凍 | | 常温 |

**③お送りいただく検体の名称・情報をご記入ください**

(ご記入の通りに成績書に記載します)

| 混入商品名 | |
|---|---|
| 検体情報(製造日、ロットNo.など) | |
| 検体No.1 | BFS管理欄(ご記入不要)<br>記入しないでください |

**④対照検査品がある場合はご記入ください**

※対照検査品は1つまでとします。2つ以上の場合は別途検査料金を申し受けます

| 対照品1 | |
|---|---|
| 検体情報(材質、成分等) | |
| 検体No.2 | BFS管理欄(ご記入不要)<br>記入しないでください |

**⑤異物発見時の状況、特徴または検査部位等をご記入ください**

**どの部分を検査するのかご記入ください**
**(手書き図示でもOKです)**

**⑥検査品返却についてチェックしてください**

※送料はお客様ご負担となります(着払い)

| | 返却必要 | | 返却不要 |
|---|---|---|---|

**《ご注意》**
**検査内容により対象物が失われる場合があります。また、検査実施後は原状復帰の責任を負いませんのでご了承のうえ、ご依頼ください**

**供試品**

**形態観察**: 外観観察 / 顕微鏡観察 / 性状確認 / 寸法測定

**必要に応じた検査を実施します**

**機器分析**: 赤外分光分析 / 蛍光X線分析

**反応試験**: 糖類反応 / 木化反応 / 虫の同定 / キサントプロテイン反応 / セルロース反応 / スンプ法

**等々**

**これら検査によって判断される同定結果をご報告します**

BFS管理欄(ご記入不要)

| 受注No. | | | | | | | 得意先コード | | | | | | | 店舗コード | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 備考欄 | 確認 | 受付 |
|---|---|---|
| | | |