

異物・クレーム検査依頼書 記入例

異物・クレーム検査 依頼書

※本施設は、必ずご記入ください。

① 発送日 2020 年 1 月 10 日 発送方法 宅配便 郵便 その他 () 輸送温度 冷蔵 冷凍 常温

② 貴依頼者情報

会社名 株式会社 スズカ未来 部署名 マイラボ食品検査センター
 役職名 担当者名 橋本 太郎
 所在地 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756-5
 TEL 059-379-0077 FAX 059-367-7610 E-mail mylabo@suzukamirai.jp

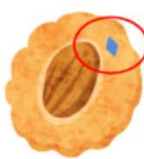
③ 報告書宛名 (報告書に宛てる宛名がご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

④ 検査項目・検査プラン (検査する項目を□にて下す。)

検査項目	検査プラン	納期	詳細
異物同定	<input type="checkbox"/> 通常プラン	～5 営業日	異物の同定にまつ経緯を画像付きで説明した報告書。写真やグラフの掲載枚数に制限なし。
	<input checked="" type="checkbox"/> シンプルプラン	～5 営業日	異物の同定結果を簡潔にまとめた報告書。写真やグラフは合計2枚まで。 AM着の場合、検体到着当日に検査結果について、電話で連絡。
	<input type="checkbox"/> 緊急対応プラン	0～2 営業日	報告書は最長2営業日でお届け。(報告書形式はシンプルプランと同じ) ※検体の状態や種類により、緊急対応ができず、プランの変更をお願いする場合があります。
<input type="checkbox"/> カビ・酵母・細菌の同定			同定にまつ経緯を画像付きで説明した報告書。写真やグラフの掲載枚数に制限なし。
<input type="checkbox"/> 膨張原因の特定	通常プランのみ	10 営業日～	※検査内容によっては追加料金が発生する場合があります。
<input type="checkbox"/> その他クレーム検査		要問合せ	事前にお問い合わせください。

⑤ 検査内容 (検査対象品目、品名、数量、単位、その他を詳しく記入してください。)

品名 クッキー 検査対象品目 クッキーの表面に付着している青いもの

⑥ 製造日 2020.11.25 ⑦ 

⑧ 原料、パッケージ、砂糖、卵、食塩

⑨ 業務で使用しているニトリル手袋の切れ端

⑩ ニトリル手袋 ② ③

⑪ 必要
 異物の返却が必要な場合は事前にご相談ください。検査内容により対応できない場合がございます。
 ※郵送にて返却いたします。冷蔵・冷凍及び郵送では対応できない場合は着払いにて返却させていただきますので予めご了承ください。
 ※異物は、容器やチャック袋に入れるか、ラップに包んでお送り下さい。テープ等を使用しての固定は絶対に行わないでください。
 ※異物の状態や状況によって、異物の同定、原因の特定に至らない場合がございます。予めご了承ください。

⑫ 製造経緯 (検査方法にご留意。ご留意がある場合にご記入ください。検体名がご依頼者様と異なる場合はご報告ください。)

株式会社 スズカ未来 マイラボ食品検査センター
 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5
 TEL: 0120-030-191 FAX: 059-367-7610
 e-mail: mylabo@suzukamirai.jp

発行日 年 月 日 検査温度 冷蔵 冷凍 常温 輸入方法 宅配 郵便 持込 回収 発行部 印

2020-01-06

- ① 発送日(お持ち込み日)、輸送方法、輸送温度をご記入ください。
- ② ご依頼者様の情報を記入してください。検査結果はメールにて報告されるため、E-mail欄は必ず記入してください。FAX欄は任意です。
- ③ 検査報告書のあて名がご依頼者様と異なる場合にご記入ください。ご依頼者様と同様の場合は空欄で問題ありません。
- ④ 異物同定…対象物が何か知りたい場合
 カビ・酵母同定…食品に発生したカビまたは酵母の菌種を特定したい場合
 細菌同定…食品より検出された細菌の菌種を特定したい場合
 膨張の原因特定…容器包装が膨張した商品についてその原因を特定したい場合
 その他のクレーム検査…上記以外の場合
- ⑤ 検査報告書に記載される情報です。検体名は正しく記入してください。
- ⑥ 製造日やロットNo.、異物クレームの発生日時、発見場所等、可能な限り詳細な情報を記入してください。ご記入いただいた内容の報告書への記載の有無についても選択してください。記入については任意ですが、検査報告書発行後の変更や追記はできません。
- ⑦ 検査対象がわかるように写真やイラスト、文章等で記入してください。
- ⑧ 商品の原材料がわかる場合は記入してください。
- ⑨ 異物混入や、膨張の原因で考えられる要因がある場合はご記入ください。
- ⑩ 異物と比較したいものがある場合はこちらに比較品の名称を記入してください。菌の同定や膨張原因の特定のための検査のために正常品をお送りいただく場合も、こちらに記入してください。
- ⑪ 異物検体の返却をご希望の場合は「必要」を選択してください。
- ⑫ その他伝達事項がある場合はこちらに記入してください。

異物はテープ等を使用しての固定は絶対に行わないでください。
チャック付袋やラップに包んでお送りください。
検査依頼書の準備が整いましたら、検体と検査依頼書を同封していただき、ご発送をお願い致します。

※異物・クレーム検査は検査の特性上、異物の同定や特定に至らない場合もございます。また、検体の状況や検査内容により、納期や検査料金に変更が生じる場合がございます。予めご了承ください。