

【アレルギー検査】試験依頼書

記入日 年 月 日 太枠内の記入をお願いします。

事業所名		受付番号	
所 属		受付日	年 月 日
所 在 地	〒	ご担当	様
E-mail		電 話	
ご依頼の目的	・品質管理 ・調査研究 ・流通販売 ・クレーム処理 ・栄養表示 ・公用 ・その他 ()	ファクシミリ	
		報 告	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ファクシミリ <input type="checkbox"/> 英文発行 (有料)

ご請求先名が上記と異なる場合は備考欄にご請求先名および連絡先のご記載をお願い致します。
検体名と必要検査項目に○をつけて、□にチェックを入れてください。

検体名	検査項目	甲殻類以外		甲殻類	
		モリナガ	日本ハム	ニッスイ	マルハ
【義務】 卵・乳・小麦 そば・落花生・甲殻類	【推奨】 大豆・ごま	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【義務】 卵・乳・小麦 そば・落花生・甲殻類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【義務】 卵・乳・小麦 そば・落花生・甲殻類	【推奨】 大豆・ごま	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【義務】 卵・乳・小麦 そば・落花生・甲殻類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【義務】 卵・乳・小麦 そば・落花生・甲殻類	【推奨】 大豆・ごま	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【義務】 卵・乳・小麦 そば・落花生・甲殻類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ヒスタミン				

通知法では2キットを使用する必要があります。お申込みの場合は、特記事項に宛名および検体名の英表記をご記載ください。ごまは、日本ハムのみの対応となります。

検査結果についてご説明が必要であれば左欄にチェックを入れてください。 必要

【特記事項】

お問い合わせ・検体送付先：

株式会社 AHC 食品あんしん検査課

〒371-0831 群馬県前橋市小相木町 343-1

電話：027-253-1515 ファクシミリ：027-252-9369

弊社の検査利用規約(URL)にご承諾をお願いします。ご利用者は検査利用規約をご承諾されたものとみなされます。

【アレルギー検査】試験依頼書

記入日 年 月 日 太枠内の記入をお願いします。

受付番号

記入例

事業所名	株式会社 AHC	受付日	年 月 日
所属	群馬工場 品質管理室	ご担当	品質太郎 様
所在地	〒371-0831 群馬県前橋市小相木町 343-1	電話	012-3456-7890
E-mail	123abc@efg.com	ファクシミリ	012-3456-7891
ご依頼の目的	・品質管理 ・調査研究 ・流通販売 ・クレーム処理 ・栄養表示 ・公用 ・その他 ()	報告	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ファクシミリ <input checked="" type="checkbox"/> 英文発行 (有料)

ご請求先名が上記と異なる場合は備考欄にご請求先名および連絡先のご記載をお願い致します。
検体名と必要検査項目に○をつけて、□にチェックを入れてください。

検体名	検査項目	甲殻類以外		甲殻類	
		モリナガ	日本ハム	ニッスイ	マルハ
サンプル① (冷凍食品)	【義務】 卵・乳・小麦 そば・落花生・甲殻類	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【推奨】 大豆・ごま				
サンプル②	【義務】 卵・乳・小麦 そば・落花生・甲殻類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【推奨】 大豆・ごま				
	【義務】 卵・乳・小麦 そば・落花生・甲殻類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【推奨】 大豆・ごま				
	【義務】 卵・乳・小麦 そば・落花生・甲殻類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【推奨】 大豆・ごま				
	ヒスタミン				

通知法では 2 キットを使用する必要があります。お申込みの場合は、特記事項に宛名および検体名の英表記をご記載ください。ごまは、日本ハムのみの対応となります。

検査結果についてご説明が必要であれば左欄にチェックを入れてください。 必要

【特記事項】

請求先は東京本社 経営管理課 (東京都新宿区〇〇 TEL03-〇〇〇〇-〇〇〇〇) をお願いします。

お問い合わせ・検体送付先:

株式会社 AHC 食品あんしん検査課 〒371-0831 群馬県前橋市小相木町 343-1 電話: 027-253-1515 ファクシミリ: 027-252-9369

弊社の検査利用規約(URL)にご承諾をお願いします。ご利用者は検査利用規約をご承諾されたものとみなされます。