

对中国輸出検査依頼書(活水産物)

受付年月日	
受付番号	

公益社団法人 長崎県食品衛生協会 殿

年 月 日

〒
 依頼者 住 所
 会社名
 担当者(所属)
 TEL:

印

FAX:

中国向け輸出検査(活水産物)について申請します。

輸出者	氏名	和名:	所 属	
		英名(放射能検査の場合のみ):	担当者名	
	住所		TEL	
			FAX	
試験品 採取施設名 及び住所	施設名:		TEL	
	住所:		担当者名	
品名 (和名・英名)	和名: 英名:			
数量・重量	C/T C/S B/G B/E	Kg	検体数	検体 ()
受検希望日	月 日	午前・午後	時	

依頼内容(該当項目に○)

自主検査(試験成績書)	カドミウム	無機ヒ素	貝毒(麻痺・下痢)
放射能検査	あり	なし	

自主検査(試験成績書)

成績書の送付先	依頼者宛	輸出者宛
手数料請求先	依頼者宛	輸出者宛

検査手数料	
-------	--