**異物検査依頼書**

本書は、ご記入の上、検体と同封してください。検体を発送される際には、事前にその旨を弊社宛にご一報ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貴社名： | |  | | | | | | | | |
| 部署名： | |  | | | | | | ご担当者様名： | |  |
| 住所： （〒 | | |  | | ） | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| TEL： |  | | | FAX： | |  | E-mail： | |  | |

**ご希望分析**

|  |
| --- |
| ※ご希望される検査内容、知りたいこと（例：物性が知りたい、虫の種類が知りたい、毒性が知りたい等） |
|  |

**ご指定の検査方法（希望項目に〇印を記入）※未記入の場合は、弊社で最適な検査方法を選定します**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 虫、毛髪、植物、カビの有無 | 目視同定検査（実体顕微鏡による目視／プレパラート標本など） |
|  | ⇒加熱経験、死亡時期の大まかな推定 | カタラーゼ試験（虫、毛根を含む人毛のみ） |
|  | 鉱物、金属、化成品、繊維、食品由来物などの非生物 | 機械分析（FT-IR／エネルギー分散型蛍光X線分析装置による成分分析） |
|  | ⇒血液検査 | ルミノール試験（FT-IR検査にて「タンパク質」であった物質） |
|  | 臭気の測定 | 臭気検査（ヘッドスペースガスマス法による揮発成分測定） |
|  | 食品に存在する菌数の測定 | 食品の菌数検査 |
|  | 菌（優占種）の同定検査 | 菌種（属）同定検査 |

**製品および異物情報（別紙可）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 製品名（商品名や一般名など）： | |  | | | | |
| 製造日： |  | | 賞味(消費)期限： |  | 発見日： |  |
| 発見状況（発見に至った経緯、保管の状態などなるべく詳細に）： | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 異物の予想（原料や工場使用物など予想される物質があれば、記載の上で可能な限り同封してください）： | | | | | | |
|  | | | | | | |

**報告書記載依頼項目（記載希望の項目に〇印を記入）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 報告書宛先名（貴社名を宛先としない場合： | | |  | ） |
|  | 異物関連情報（生態／一般的な用途など） | | | | |
|  | 経口摂取した場合の人体への影響 | | | | |
|  | 混入に関する考察（虫異物のみ対応可、製造工程や発見状況など、詳細な情報が必要） | | | | |
|  | 比較品との照合（比較品名： | |  | | ） |
|  | その他（ |  | | | ） |

**その他**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望納期（検査内容によってご希望に添えない場合があります）： | |  |
| 希望納入先（貴社名と異なる場合）： |  | |
| その他ご要望があればご記入ください： | | |
|  | | |

**東洋産業株式会社 本社技術部 研究室　　　　〒700-0986　岡山市北区新屋敷町3-19-20**

**TEL：代表086-241-8080　直通：086-283-5411　FAX：086-241-8094　E-mail：kensa@to-yo-s.co.jp**