

ハラル 食品食材検査 依頼書

弊社使用欄



A Life HD Group.

(株) エムビックらいふ

予約、お問い合わせは、電話:03-5769-7247まで。
検査は予約制となっております、検体発送前に御連絡下さい。

20 年 月 日

貴社名★		事業所名 支店名等	
ご住所★	〒		
担当者様★		所属部署等	
電話番号★	— —	FAX番号	— —

備考欄(特記事項等ございましたら、本欄にお書き下さい)

★ ご注意 : 弁当等、複数の品目からなる商品は、合わせて1検体としては受け付出来ません。ご了承下さい。★

弊社使用欄	検体名 (報告書にそのまま記載されます)	希望検査項目 ○で囲んで下さい、複数も可能	その他記載事項 (報告書に記載をご希望の場合のみ、必ずどちらか一つで囲んだ後、ご記入下さい。)	
		<input type="checkbox"/> 豚由来遺伝子 <input type="checkbox"/> コレステロール <input type="checkbox"/> アルコール※下記参照 (基準値 %)	<input type="checkbox"/> ロット番号 <input type="checkbox"/> 製造番号 _____	<input type="checkbox"/> 製造日 <input type="checkbox"/> 検体採取日 西暦 20__年 ____月__日
		<input type="checkbox"/> 豚由来遺伝子 <input type="checkbox"/> コレステロール <input type="checkbox"/> アルコール※下記参照 (基準値 %)	<input type="checkbox"/> ロット番号 <input type="checkbox"/> 製造番号 _____	<input type="checkbox"/> 製造日 <input type="checkbox"/> 検体採取日 西暦 20__年 ____月__日
		<input type="checkbox"/> 豚由来遺伝子 <input type="checkbox"/> コレステロール <input type="checkbox"/> アルコール※下記参照 (基準値 %)	<input type="checkbox"/> ロット番号 <input type="checkbox"/> 製造番号 _____	<input type="checkbox"/> 製造日 <input type="checkbox"/> 検体採取日 西暦 20__年 ____月__日
		<input type="checkbox"/> 豚由来遺伝子 <input type="checkbox"/> コレステロール <input type="checkbox"/> アルコール※下記参照 (基準値 %)	<input type="checkbox"/> ロット番号 <input type="checkbox"/> 製造番号 _____	<input type="checkbox"/> 製造日 <input type="checkbox"/> 検体採取日 西暦 20__年 ____月__日

検査に必要な検体量は、豚由来遺伝子50g、コレステロール150g、アルコール100g(100mL)となります。※ハラル検査結果はすべて定性(不検出・検出)となります。アルコールは基準値0.1%ですが、基準値を記入いただきますと指定基準値にて報告いたします(下限値0.01%)。弊社はシンガポール・ワリーズハラル社の助言に基づき、ハラル検体専用の独立した検査室にて検査致します。○報告書のデータ保管期限及び有効期限は、報告日より1年間となります。○検査結果は、送付頂きました検体に対する到着時点での成分測定結果です。○本検査結果は製品が世界各国のハラル認証に適合する事を保障するものではありません。○アルコールの含有率は、輸送状況や発送元のサンプリング環境により蒸発等の影響を受け変動する事があります。○検体受領後のキャンセルは、キャンセル料が発生します。○検体返却ご希望の場合は、着払いでの返送となります。○英文報告書も追加料金にて承ります。

**発送時は、本依頼書をご同封の上
箱に大きく「ハラル」と御記入下さい。**

弊社使用欄

検体送付先: 〒183-0035
東京都府中市四谷5-2726-5
(株)エムビックらいふ 環境分析センター
送付先電話番号 042-330-8830 Fax:042-330-8831