

法人向け 異物鑑定受託業務について

当社では、異物混入の発生および再発防止の対策を講じるためのお手伝いとして、「迅速且つ高い精度」をモットーに異物鑑定の受託業務を行っております。異物の鑑定をご依頼される際は、以下の内容をよくお読みになり、同意の上、次頁の「鑑定依頼書」をプリントアウトした後、必要事項を記入し、異物に添えて弊社までお送りください。

1. 鑑定項目

項目	備考
1. 昆虫	・虫体の特長から昆虫類の種類を同定（破損虫体および虫体片の対応可能）。 ・加害された製品の穿孔跡などの調査。
2. ネズミ類	・ネズミ類の種類を同定。 ・ネズミ類の糞であるか否かを特定。
3. 毛	・人毛または動物類か否かを特定。
4. 真菌類	・真菌であるか否かを特定。
5. 金属類	・主成分の分析
6. 有機物・無機物	・提供を受けたサンプル（推定される物質）との比較試験。
オプション	
項目	備考
1. カタラーゼ試験	・昆虫類に対する加熱の有無を調査。
2. 追加写真	鑑定書に検体の写真を1部添付しますが、同様の写真を2部以上必要とされる場合、写真データをCD-Rにて提供。
3. 鑑定物返送	原則的に鑑定物は返却致しておりませんが、返却を希望される場合は、宅急便着払いにて送付致します。送料の負担をお願い致します。

2. 注意事項

1) 鑑定依頼書の記入について

必須項目（太枠内）は必ずご記入ください。記入のない場合は、ご依頼をお受けできない場合があります。なお、「鑑定依頼書」は貴社にて、コピー等の控えをお持ちください。

2) 検体の送付について

検体を送付される際は、配送時に検体が破損する危険性があるため、名刺ケースまたはサンプル瓶などに入れてからお送りください。なお、検体が破損した場合、鑑定が困難となることがあります。弊社受理以前に生じた破損については、責任を負いかねます。また、昆虫類など、検体が活着している場合は、配送途中に逃げることをないように、アルミ袋またはプラスチック製の密閉容器に入れてお送りください。

3) 鑑定期間について

可能な限り貴社の要望にお応えします。至急の対応をご依頼される場合は、必ず納期を問い合わせの上、検体をお送りください。鑑定内容および検体によっては、ご希望に沿えない場合もございます。なお、場合により検体の弊社到着日時を指定させていただくことがあります。

4) 鑑定内容について

検体によっては、当社による詳細な同定が困難な場合がありますので、ご了承ください。なお、詳細な同定が困難な理由については、ご希望された場合に限り鑑定書に記載させていただきます。

5) 鑑定書の発行について

鑑定書の発行は1部とさせていただきます。また、電子メールによる提供は基本的に行いません。ご了承ください。

6) 検体の返却について

原則的に検体は返却致しておりませんが、返却を希望される場合は、宅急便着払いにて送付致します。送料の負担をお願い致します。なお、微細な検体など、検体によってはご希望に添えない場合がございます。

7) 鑑定料金のお支払方法

鑑定書には、納品書を同封させていただき、月ごとに、翌月一括請求させていただきます。なお、お支払は、銀行振り込みをお願いいたします。

8) 契約について

鑑定依頼の際、事前に秘密保持などの契約を必要とされる際は、別途ご相談ください。

9) その他

鑑定費用およびその他鑑定依頼に関する不明な点は、当社ホームページ“お問い合わせフォーム”を用いてお問い合わせください。できるだけ早急な対応を心がけておりますが、返信までに数日いただくことがあります。

3. 鑑定依頼および検体送付先

国際衛生株式会社 技術研究所
〒300-2635 茨城県つくば市東光台 5-9-7
TEL:029-848-1702 FAX:029-847-6570

鑑定依頼書

弊社処理欄	No. _____	担当者印
検体到着日：平成 年 月 日		
鑑定書提出日：平成 年 月 日 (普通郵便・速達郵便・宅急便)		
鑑定書 No. ー	納品書 No. ー	

国際衛生株式会社

技術研究所 殿

下記の通り鑑定を依頼致します。

記入日 平成 年 月 日

1. 連絡先
会社名：(鑑定書の宛名に部署名の記載を希望される場合は、部署名もご記入下さい)
担当者氏名：
住所：〒
電話番号：
FAX番号：

2. 依頼内容 (該当する項目に☑をしてください)
鑑定の項目： <input type="checkbox"/> 昆虫 <input type="checkbox"/> ネズミ類 <input type="checkbox"/> 毛 <input type="checkbox"/> 真菌類 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 有機物/無機物 <input type="checkbox"/> 不明
カタラーゼ試験： <input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施しない
検体の返却： <input type="checkbox"/> 返却希望 <input type="checkbox"/> 返却不要
鑑定終了後の連絡： <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 鑑定後に (<input type="checkbox"/> 電話・ <input type="checkbox"/> FAX)
結果連絡希望日： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 平成 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後)
追加写真 (画像データ CD-R)： <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要

3. 検体の発見された製品について (どちらかに☑をしてください)
<input type="checkbox"/> 鑑定書に記載しない。
<input type="checkbox"/> 鑑定書に記載する。(以下の鑑定書への記載を希望される項目に☑をして、ご記入ください。)
<input type="checkbox"/> 製品名
<input type="checkbox"/> 製造年月日： 年 月 日
<input type="checkbox"/> 賞味期限： 年 月 日
<input type="checkbox"/> Lot No.

4. 備考 (連絡先と異なる場合は、項目に☑をして、ご記入ください)
<input type="checkbox"/> 鑑定書宛名
<input type="checkbox"/> 鑑定料金請求先宛名