

# 輸入食品等事前相談記録票

送信先：名古屋検疫所食品監視課 輸入食品相談指導室

FAX：052-655-1808

相談者	相談者の別	<input type="checkbox"/> 輸入者 <input type="checkbox"/> 通関業者 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	会社名			
	担当者名			
	所在地			
	電話番号			
	FAX			
	※ 相談者が輸入者以外の場合は、下欄も記入してください。			
	輸入者の名称			
	所在地			
	電話番号			
FAX				
相談品目	<input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 添加物 <input type="checkbox"/> 器具 <input type="checkbox"/> 容器包装 <input type="checkbox"/> おもちゃ			
貨物の概要	品目、商品名、品番、JANコード等			
	輸出国 (又は生産国)			
	製造者又は加工者 名称及び住所 (英語表記)			
	製造所又は加工所 名称及び住所 (英語表記)			
	保管方法	<input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 定温 ( °C)		
	使用用途	<input type="checkbox"/> 小売り <input type="checkbox"/> 製造原料用 <input type="checkbox"/> 業務用 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	包装形態	内容量		
	食べ方 使用方法			
提出資料	<input type="checkbox"/> サンプル品 <input type="checkbox"/> 原材料表 <input type="checkbox"/> 製造工程表 <input type="checkbox"/> 自主検査成績書 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 商品説明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
輸入実績	食品の輸入経験	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食品以外の輸入経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	当室での相談経験	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	輸入予定港	<input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 中部空港 <input type="checkbox"/> 清水 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	輸入時期	年 月 <input type="checkbox"/> 未定		
	※相談に際し、相談者自ら確認した内容	<input type="checkbox"/> 規格基準 <input type="checkbox"/> 添加物の適正使用 <input type="checkbox"/> 医薬品成分含有の有無 <input type="checkbox"/> 自主検査項目 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
相談内容	<input type="checkbox"/> 輸入手続き <input type="checkbox"/> 検査項目 <input type="checkbox"/> 規格基準 <input type="checkbox"/> 添加物 <input type="checkbox"/> 残留農薬 <input type="checkbox"/> 試験成績書 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	※相談で確認したい内容を具体的に記載して下さい。			

名刺添付欄

※ 相談者の記載事項のうち、名刺で確認できるものは記入不要