輸入食品等相談事前調査整理票(FAX)

送信先:小樽検疫所食品監視課 輸入食品相談指導室

T E L 0134(32)4304 / F A X 0134(25)6069

※記入できない欄は空欄で構いません。

	_	
相談者	会社名	
	氏 名	
	所在地	
	電話	
	◆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	
◆相	談者(輸入者)は、食品	・ 1等の輸入経験がありますか。 □無 □有
貨物の概要	相談品目	□食品 □添加物 □器具 □容器包装 □おもちゃ
	生産国	
	商品の種類、名称	
	製造者又は輸出者(英(未加工の食品以外の場合は未加工の食品の場合は輸出	は製造者を、
	製造所又は包装者(英 (未加工の食品以外の場合は 未加工の食品の場合は包装:	は製造所を、
	保管方法	
	包装形態	
	使用用途	□小売り □ 製造原料用 □業務用 □その他()
	国内での使用方法 (使用場所、喫食方法等)	□加熱用 □生食用 □飲食店 □工場 □一般家庭 □その他()
	輸入時期	
	輸入予定港	□道内港湾(港) □千歳空港 □EMS □その他()
	相 談 方 法	□電話相談 □面談希望(希望日時: 月 日 時頃)
相談事項	□輸入手続き □検	査項目 口その他(下欄に具体的に記入してください。)