

FAX 送信先：横浜検疫所食品監視課 輸入食品相談指導室
 TEL 045-201-0505 FAX 045-212-0640

輸入食品等事前相談記録票

相談者	<input type="checkbox"/> 輸入者 <input type="checkbox"/> 通関業者 <input type="checkbox"/> その他 () 会社名：	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。
	氏名：	
	住所：	
	電話： FAX：	
	※ 相談者が輸入者以外の場合、輸入者の名称、住所、電話、FAX 番号 会社名： (輸入者名) 住所： TEL： FAX：	
貨物概要	相談種別： <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 食品添加物 <input type="checkbox"/> 器具 <input type="checkbox"/> 容器包装 <input type="checkbox"/> おもちゃ <input type="checkbox"/> その他 () 品目： ※商品名：	
	輸出国 (又は生産国)：	
	製造者又は加工者：-----	
	製造所又は加工所：-----	
	保管方法： <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	使用用途： <input type="checkbox"/> 小売り <input type="checkbox"/> 製造原料用 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	包装形態：	
食べ方：		
提出資料： <input type="checkbox"/> サンプル品 <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"/> 原材料表 <input type="checkbox"/> その他 ()		
相談内容	・ 相談経験： <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 同一品 <input type="checkbox"/> 異品種) <input type="checkbox"/> 無 以前当室で相談したことがありますか？ ・ 輸入予定港： <input type="checkbox"/> 横浜 <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 成田 <input type="checkbox"/> その他 () 時期： 年 月 <input type="checkbox"/> 未定 ・ 相談に際して、相談者自ら確認した内容 (具体的に記載して下さい。) <input type="checkbox"/> 規格基準 <input type="checkbox"/> 添加物の適正使用 <input type="checkbox"/> 医薬品成分の含有の有無 <input type="checkbox"/> 自主検査項目 (検査項目は具体的に記入して下さい。) 特記事項：----- ----- -----	
	・ 相談内容 (具体的に記載して下さい)	