事前相談票（ＦＡＸ送付状）

送付先：横浜検疫所輸入食品相談指導室　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ０４５－２１２－１５２７

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相  談  者 | □輸入者　□通関業者　□その他（　　　　　　　　　　） | 通関業者名 ：  （使用の場合） |
| 会社名 ： |
| 氏名 ： | ※相談者が輸入者以外の場合  輸入者名 ：  電話 ：  ＦＡＸ ：  住所 ： |
| 電話 ： |
| FAX ： |
| 住所 ： |
| 食品等輸入の経験の有無 ： □無　　□有  来所希望の有無 ： □無　　□有 | 輸入予定港  □横浜 □東京 □成田 □他（　　　　　　 ） |
| 相談品目 ： □食品　□食品添加物　□器具　□容器包装　□おもちゃ | | |
| 貨  物  概  要 | 品目名（商品名）：  ※商品を特定するための製品番号・ＪＡＮコード等 ：  輸出国（又は生産国）：  製造者又は加工者（英語表記）：  製造所又は加工所（英語表記）：  保管方法 ： □常温　　□冷蔵　　□冷凍　 □定温　（　　　　　　　℃） | |
| 使用用途 ： □小売り　□製造原料用　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 包装形態 ： | |
| 食 べ 方 ：  （使用方法） | |
| 提出資料　：　□原材料表　　　□製造工程表　　　□商品説明書　　　□自主検査成績書  □写真　　　　　　□サンプル品　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 相談内容　（疑問点などを具体的に記載してください） | | |
| 輸入者自ら確認した事項　　（□にチェックを入れてください） | | |
| □規格基準への適合　　□添加物の適正使用　　□医薬品成分の含有の有無  □自主検査項目　（検査項目は具体的に記入してください）  　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 輸入品目に使用されている原材料又は材質 ※１　（□←確認後チェックを入れ、補注参照し記載） | | |
|  | | |
| 輸入品目に使用されている添加物（使用量・使用目的） ※２　（□←※１と同様にチェックし、記載） | | |
|  | | |
| 輸入品目の製造工程 ※３　（□←確認後チェックを入れてください） | | |
|  | | |

＜補注＞

※１： 製造者（製造所）からの資料に基づいて記載してください。

加工食品の場合： 使用されている原材料を全て記載してください（農産/水産原料は原産国含む)。

器具・容器包装の場合： 食品が触れる部分の材質名称を記載してください。

おもちゃの場合： 材質、塗膜の有り無し、可塑剤使用の有無を記載してください。

※２：製造者（製造所）からの資料に基づいて具体的な物質名を記載してください。

加工食品の場合： 使用されている添加物を全て記載してください。

　 例） ソルビン酸カリウム（0.10％使用、保存料）

添加物（添加物製剤）の場合： 添加物の名称を全て記載してください。

※３： 製造者（製造所）からの資料に基づいて記載してください（特に殺菌条件（温度・時間）や殺菌方法）。

加工食品の場合： その製品の製造方法（原料準備から包装までの工程）を記載してください。

　 例） 原料受入れ→混合→成形→焼成（230℃、10分）→凍結→包装→保管（－18℃以下）

未加工品（生鮮品）、添加物、器具・容器包装、おもちゃの場合： 製造工程の記載は不要です。

＜注意事項＞

　必要記載事項を全て記載したことを確認し、各欄の□にチェックを入れてください。

　相談票と併せてお送りいただく資料は、この用紙に記載する際に使用した資料のみを送付願います。

　複数品目の相談を希望される場合で、同一の製造者からの製品である場合は、この用紙を品目ごとに

記載願います。類似の商品が多数ある場合は、いくつか代表してご相談ください。