

## 輸入食品等事前相談記録

相 談 者	<input type="checkbox"/> 輸入者 <input type="checkbox"/> 通関業者 <input type="checkbox"/> その他 ( )	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。
	会社名：	
	氏 名：	
	電 話：	
	F A X：	
	住 所：	
※ 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		
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 ( )		
貨 物 概 要	品 目： ※商品名	
	輸出国（又は生産国）：	
	製造者又は加工者： （名称及び住所）	
	製造所又は加工所： （名称及び住所）	
	保管方法： <input type="checkbox"/> 冷凍 <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（使用方法）：	
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 ( )		
輸 入 実 績	・食品の輸入経験：有り <input type="checkbox"/> 、無し <input type="checkbox"/> （食品以外の輸入経験：有り <input type="checkbox"/> 、無し <input type="checkbox"/> ） ・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 ( ) ・輸入時期： 年 月 <input type="checkbox"/> 未定 ・相談に際して、相談者自ら確認した内容： <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 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	相談内容 内容：具体的に記載して下さい。	