

お客様各位

受付番号: _____

ご依頼の目的に沿った適切な試験を実施する為に、次の事項にご回答くださいますようお願いいたします。

尚、輸入時に検疫所へ成績書を提出する目的の場合は、別途お知らせください。

器具及び容器包装の規格試験に関するアンケート

| 分類 | 該当の <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、空欄には情報を入力してください | | |
|----------------|---|--|---|
| 材質 及び 区分 | <input type="checkbox"/> 合成樹脂 <input type="checkbox"/> フェノール樹脂 <input type="checkbox"/> メタクリル樹脂 <input type="checkbox"/> エポキシ樹脂 <input type="checkbox"/> 上記以外のホルムアルデヒドを原料とする合成樹脂 <input type="checkbox"/> ポリ塩化ビニル <input type="checkbox"/> ポリエチレン <input type="checkbox"/> ポリプロピレン <input type="checkbox"/> ポリスチレン(右記以外) <input type="checkbox"/> 熱湯用発泡ポリスチレン <input type="checkbox"/> ポリ塩化ビニリデン <input type="checkbox"/> ポリエチレンテレフタレート <input type="checkbox"/> ポリメタクリル酸メチル <input type="checkbox"/> ナイロン(ポリアミド) <input type="checkbox"/> ポリメチルペンテン <input type="checkbox"/> ポリカーボネート <input type="checkbox"/> ポリビニルアルコール <input type="checkbox"/> ポリ乳酸 <input type="checkbox"/> ポリエチレンナフタレート <input type="checkbox"/> 共重合体・ポリマーブレンド(例:ABS樹脂) [_____] <input type="checkbox"/> その他の合成樹脂 [_____] <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| | <input type="checkbox"/> ゴム | 種類 | <input type="checkbox"/> シリコンゴム <input type="checkbox"/> 塩素を含むゴム(クロロプレンゴムなど) <input type="checkbox"/> 上記以外のゴム <input type="checkbox"/> 不明 ※1 |
| | | 区分 | <input type="checkbox"/> ほ乳器具以外の器具 ※2 <input type="checkbox"/> ほ乳器具 <input type="checkbox"/> 容器包装 |
| | <input type="checkbox"/> 金属缶 | 食品接触部の合成樹脂塗装: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し | |
| 用途 | 接触する食品種 食品用でない場合も右記の溶媒を参考にご回答ください | <input type="checkbox"/> 油脂及び脂肪性食品(乾燥食品以外で油脂含量20%以上) <input type="checkbox"/> 酒類(アルコール分1%以上の飲料) <input type="checkbox"/> 上記以外でpHが5を超える食品 <input type="checkbox"/> 上記以外でpHが5以下の食品(酸性食品) <input type="checkbox"/> 未定又は上記全て | <蒸発残留物試験で用いる溶媒> →ゴム:20%エタノール/ゴム以外:ヘプタン →20%エタノール →水 →4%酢酸 →全ての溶媒(4種) |
| | 使用温度 | <input type="checkbox"/> 100℃以下 <input type="checkbox"/> 100℃を超える <input type="checkbox"/> 両方 | |
| 他 | 検体の状態 | <input type="checkbox"/> 未使用品 <input type="checkbox"/> 使用済み品 → [注]正しい評価が得られません。検体名に「使用済み品」と追記いたします。 | |

検体が合成樹脂の場合は、以下の内容もご回答ください。

| | | | | |
|---|--|--|----------------------------|---|
| 構成 | <input type="checkbox"/> 単一材料製品 | [注]共押し出しフィルムは多層製品としてご回答ください | | |
| | <input type="checkbox"/> ラミネート等の多層製品 | ①層の構成(例:PE/EVOH/PP) | _____ | ①・②について、不明の場合はその旨ご記入ください。③試験面は成績書に記載されます。 |
| | | ②各層の厚さ(例:5µm/10µm/7µm) | _____ | |
| | | ③試験面の名称(例:印刷面) | _____ 面 | |
| <input type="checkbox"/> コーティング製品(インキも含む) | 検体が塗布物(硬化物)の場合にご回答ください 試験面の名称(例:コーティング面) | _____ 面 | 試験面は成績書に記載されます。 | |
| | 検体が液状の場合にご回答ください 硬化条件 | <input type="checkbox"/> 105℃×1時間 <input type="checkbox"/> UV照射×1時間 <input type="checkbox"/> その他 [_____] | 結果に影響するため、お客様による硬化をお勧めします。 | |
| <input type="checkbox"/> 複数パーツで構成される製品 | 同じ材質であっても色等が異なる場合はパーツ毎に試験が必要です(食品に触れる部位に限る)。試験対象がご不明な場合は各パーツに関する材質情報をご提供下さい。 | | | |

JFRL 確認者 _____