

共通部 繰返部

種別*	<input type="checkbox"/>	届出番号	<input type="text"/>	共通番号	<input type="checkbox"/>	-	<input type="text"/>	控出力要求	<input type="checkbox"/>
輸入者	<input type="text"/>								
住所	<input type="text"/>								
住所	<input type="text"/>								
住所	<input type="text"/>								
電話番号	<input type="text"/>	衛生管理者	<input type="text"/>						
生産国	<input type="text"/>								
製造者	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>						
住所	<input type="text"/>								
製造所	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>						
住所	<input type="text"/>								
輸出者	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>						
住所	<input type="text"/>								
包装者	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>						
住所	<input type="text"/>								
積込港*	<input type="checkbox"/>	-	<input type="text"/>	積込日*	<input type="text"/>				
積卸港*	<input type="checkbox"/>	-	<input type="text"/>	到着日*	<input type="text"/>				
保管場所*	<input type="checkbox"/>	-	<input type="text"/>	搬入日*	<input type="text"/>				
B/L番号	<input type="text"/>			積載船(機)*	<input type="text"/>		事故の有無	<input type="checkbox"/>	
貨物の記号	<input type="text"/>								
貨物の記号	<input type="text"/>								
貨物の記号	<input type="text"/>								
貨物の記号	<input type="text"/>								
入力者	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>						
入力担当者	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>						

欄番号 01

品目 -

用途 包装 継続 積込数量 - 積込重量 kg

衛生証明 遺伝子

登録番号 (事前) (品目) (安全)

原材料		添加物	
1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	9	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>

製造方法 -

届出実績番号 -

商品名・ブランド名

備考

郵送、FAXまたは窓口への持ち込みにより添付書類を提出する