**附件2**

**植物油中黄曲霉毒素含量测定能力验证报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检验检测机构名称 |  | | |
| 资质认定证书号 |  | | |
| 地 址 |  | | |
| 负责人 |  | 联系人 |  |
| 办公电话 |  | 联系人手机 |  |
| 工作邮箱 |  | 邮政编码 |  |
| 参加能力验证项目 | □黄曲霉毒素B1  □黄曲霉毒素总量 | | |
| **说明:**  1、整个验证过程中请勿随意更换联系人，若必须更换请及时告知实施单位。  2、检验检测机构应按照指定的时间及时按要求上报检验结果。  3、通过实验室资质认定的机构属于必须参加机构，不得无故退出本次能力验证。  检验检测机构负责人签名：  年 月 日  (单位盖章) | | | |

**注：请寄回验证结果时将盖章并签名后的原件一并寄至青岛海关技术中心，报名表盖章扫描件可发送至sdfatadspt@126.com，报名截止日期2025年9月10日。**