

<記入例>

試験検査依頼書

※太枠内についてご記入下さい。

試料番号	
受注CD	
受付年月日	年 月 日
完了年月日	年 月 日

見積書No.	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 No.				
住所	〒 500-8148 岐阜市曙町4-6				
フリガナ	イッパンザイダンホウジンギフケンコウシュウエイセイケンサセンター				
名称・屋号	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター				様
連絡担当者	所属	理化学分析課	氏名	公衛検 一郎	様
	TEL	058-247-1302	FAX	058-248-0229	E-mail お持ちであればご記入ください

※成績書宛名・請求書宛名・各送付先が、上記と異なる場合はご記入下さい。

宛名・送付先	成績書宛名	住所	〒 506-0053 高山市昭和町2-100-10		
		名称	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 飛騨支所		
	請求書宛名	住所	〒		
		名称			
成績書送付先	住所	〒			
	名称				
請求書送付先	住所	〒			
	名称				

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> ご来社 <input type="checkbox"/> 完了電話連絡 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要	連絡者	年 月 日 印
支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 (<input type="checkbox"/> 受付時お支払済 <input type="checkbox"/> 未納) <input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> その他		
希望納期	年 月 日		
結果連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (<input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail :)	押印	<input type="checkbox"/>
返却品の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	返却方法	<input type="checkbox"/> ※結果書と同送 <input type="checkbox"/> ご来社 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 試料 <input type="checkbox"/> 容器		※返却品の大きさ等により、封筒に入らない場合には、宅配の着払いで返送となりますので、あらかじめご了承下さい。

試料名及び検査項目	試料No.	試料名	<input type="checkbox"/> 別添添付有り	検査項目 <input type="checkbox"/> にチェック又は項目に○
	推定値または添加物使用量			<input type="checkbox"/> 保存料 ソルビン酸 安息香酸
	保存条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍		<input type="checkbox"/> 発色剤 亜硝酸根
	試験部位	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 液込み <input type="checkbox"/> 液除く		<input type="checkbox"/> 漂白剤 二酸化硫黄
	試験目的詳細	<input type="checkbox"/> 指定部位		<input type="checkbox"/> 殺菌剤 残留塩素
		<input type="checkbox"/> 自社データ用		<input type="checkbox"/> 甘味料 サッカリン・サッカリンNa
		<input type="checkbox"/> クレーム		<input type="checkbox"/> 品質保持剤 プロピレングリコール
		<input type="checkbox"/> 使用していないことの証明		<input type="checkbox"/> 酸化防止剤 ジブチルヒドロキシトルエン ブチルヒドロキシアニソール
	<input type="checkbox"/> 使用基準を超えないことの確認		<input type="checkbox"/> 着色料 銅クロロフィル 銅クロロフィルNa タール系色素 12項目 赤色2, 3, 40, 102, 104, 105, 106 青色1, 2 緑色3 黄色4, 5	
	<input type="checkbox"/> 客先提出用 (給食関係・生協・スーパー・その他)		<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> その他				

搬入方法	<input type="checkbox"/> 持ち込み <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> クール宅配 <input type="checkbox"/> センター採取・収集	印 <input type="checkbox"/>
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

検査料金	本体価格	円	総額 (税込)	円	依頼内容承認(サイン)
備考					※ご記入内容・検査料金
受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	計量管理者 技術管理責任者	サンプリング
-	-	-	-	-	月 日

当財団の個人情報保護方針に基づき、検査・調査の事業及び運営管理に必要な範囲内で最小限の個人情報を提供し、目的外の個人情報の利用はいたしません。
 (一財)岐阜県公衆衛生検査センター行 TEL: 058-247-1304 FAX: 058-248-0229

注意事項！！
1. 赤字がご記入していただく部分です。ご希望がない場合は“空欄”として下さい
2. 持ち込まれた試料容器又は分析用試料の返却を希望される場合は受付時に申し出てください。なお、返却品を郵送する場合は着払いとさせていただきます。
3. 分析用試料の取扱いについて、特に注意する点がある場合は受付時に申し出てください。
4. 成績書等の受け渡し方法を「来社」とされた場合は、電話により完了連絡を致します。なお、予定来社日を超えても来社されない場合は、郵送とさせていただきます。

ご依頼者の名前又は社名、電話番号を記入して下さい。

検査内容に係る担当者、または責任者の所属・氏名等を記入して下さい。原則として所属毎の担当者は、一人として下さい。

郵送または来社欄にチェックして下さい。来社の場合は、成績書ができた時点で電話連絡します。
 郵送の場合、郵送先が依頼者または成績書の宛名と異なる場合は記入して下さい。同じ場合は空欄でかまいません。

結果速報の連絡が必要な場合は、連絡方法とあわせて口欄にチェックして下さい。
 なお、電子メールでご希望の方は電子メールアドレスをお書きください。

試料・容器など返却をご希望の方は口欄にチェックして下さい。

試料名、検査項目など記載してください。

成績書の宛名が依頼者と異なる場合は記入して下さい。依頼者と同じ場合は口欄にチェックして下さい。

検査料金の請求先、請求書送付先が、依頼者名と異なる場合は記入して下さい。

検査項目や依頼状況によっては、ご希望に添えないこともありますが、お急ぎの場合など、目安とさせていただきますので記入して下さい。