

＜記入例＞

試験検査依頼書

※太枠内についてご記入ください。

試料番号	F
受注CD	
受付年月日	年 月 日
完了年月日	年 月 日

岐阜県食品衛生協会会員の方は必ずチェックしてください。

お客様のお名前又は社名、屋号、住所等を記入してください。

担当者様の所属・氏名、連絡先電話番号等を記入してください。

見積書No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.					
依頼者	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 <input checked="" type="checkbox"/> 食協会員
連絡担当者	所属	理化学分析課		氏名	公衛検 太郎 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ください。

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ください。

宛名・送付先	成績書宛名	住所	〒				
		名称					様
	請求書宛名	住所	〒				
		名称					様
	成績書送付先	住所	〒				
		名称					様
	請求書送付先	住所	〒				
		名称					様

結果速報の連絡が必要な場合は、□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。

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送	<input checked="" type="checkbox"/> 来社	完了電話連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要	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 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"/> 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、あらかじめご了承ください。				

試料・容器など返却をご希望の方は□欄にチェックしてください。

試料名と保存温度を明記してください。製造年月日等を記載したい場合は製造年月日も明記してください。

結果速報のご連絡方法をお選びください。

試験目的をお選びください。

※保存温度は、5、10、20、25、30、35℃からお選びください。検査日は、土日祝日以外でお願いします。 <input type="checkbox"/> 別添添付有り						
試料No.	試料名	保存温度	成績書に記載を希望される事項にチェックしてください。		検査項目	
			<input checked="" type="checkbox"/> 製造年月日	<input type="checkbox"/> 保存期間		
	公衛検せんべい	25℃	2020/4/1		2020/7/1	一般細菌数 大腸菌群
☆結果速報について			☆結果書原本について			
<input checked="" type="checkbox"/> その都度のご連絡を希望			<input type="checkbox"/> その都度の発送を希望			
<input type="checkbox"/> まとめてのご連絡を希望			<input checked="" type="checkbox"/> まとめての発送を希望			
試験目的			<input checked="" type="checkbox"/> 自社データ用 <input type="checkbox"/> 客先提出用(給食関係・生協・スーパー・その他) <input type="checkbox"/> クレーム			

検査日と検査項目をご記入ください。

結果書の発送方法をお選びください。

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・収集者 ()				
検査料金	本体価格	円	総額 (税込)	円	依頼内容承認(サイン) ※ご記入内容・検査料金
備考					
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	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 TEL : 058-247-1304 FAX : 058-248-0229

- 注意事項**

 - 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”としてください
 - 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。
 - 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。