

<記入例>

試験検査依頼書

※太枠内についてご記入ください。

試験番号	F		
受注CD			
受付年月日	年	月	日
完了年月日	年	月	日

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。

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。

見積書No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input 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 医薬食品課 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

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。

※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。

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

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。

成績書受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> ご来社 <input type="checkbox"/> 完了電話連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input 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 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			
※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。						

結果速報の連絡が必要な場合は、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ください。

試料名を明記してください。

試験番号	F	検査項目
試料名	公衛検せんべい	<input checked="" type="checkbox"/> 熱量 (エネルギー)
試料情報	<input type="checkbox"/> パッケージに記載 <input type="checkbox"/> 別添添付有	<input type="checkbox"/> 水分
原材料	うるち米、砂糖、植物油脂、海苔、醤油、鰹節、食塩、調味料 (アミノ酸等)	<input checked="" type="checkbox"/> たんぱく質
保存条件	<input checked="" type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input checked="" type="checkbox"/> 脂質
試験部位	<input checked="" type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 液込み <input type="checkbox"/> 液除く	<input checked="" type="checkbox"/> 炭水化物
揮発性物質の使用	<input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 食酢 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 灰分
備考 (検査条件の指定、その他要望など)		<input checked="" type="checkbox"/> ナトリウム
		<input checked="" type="checkbox"/> 食塩相当量
		<input checked="" type="checkbox"/> 糖質・食物繊維
		添加の有無
		<input checked="" type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有 (種類: )
		ミネラル
		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg
		<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Fe <input type="checkbox"/> Zn
		<input type="checkbox"/> Cu <input type="checkbox"/> Mn
		<input type="checkbox"/> アルコール
		<input type="checkbox"/> 酢酸
		<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)
備考			円
			依頼内容承認 (サイン)
			※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: 058-247-1300 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”として下さい
- 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。