

保存試験検査依頼書

発送日 年 月 日

太枠内は、記載必須事項となっております。

ご依頼者	住所	〒		
	会社名			
	所属部署		ご担当者	
	TEL		FAX	

上記ご依頼者名(会社名)と異なる名称で成績書発行される場合は、下記成績書宛名にご記入下さい。

成績書宛名			
-------	--	--	--

成績書の送付先	送り先がご依頼者と異なる場合は、下記にご記入下さい。		
---------	----------------------------	--	--

会社名		部署名	担当者名
-----	--	-----	------

住所	〒	TEL/FAX	/
----	---	---------	---

請求書の宛名、送付先	送り先がご依頼者と異なる場合は、下記にご記入下さい。		
------------	----------------------------	--	--

会社名		部署名	担当者名
-----	--	-----	------

住所	〒	TEL/FAX	/
----	---	---------	---

成績書速報 (必ずチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 速報不要
	<input type="checkbox"/> 必要 [<input type="checkbox"/> FAX希望 <input type="checkbox"/> メール(事前登録必要)]
成績書発行(通常、各試験日終了時に発行です)	<input type="checkbox"/> 全試験 終了時にまとめて発行希望
検査希望期間 (至急対応をご希望の場合)	<input type="checkbox"/> 至急 (割増料金) 一部検査項目は至急対応不可となっております。
発送時の検体温度	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
検体返却	<input type="checkbox"/> 希望 (着払いにて返却となります)

検体情報	試験日 ^{*4}	検査項目			
検体名称(ご記入通り成績書に記載します)	月 日	<input type="checkbox"/> 一般細菌数	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> 大腸菌E.coli
		その他: 保存試験基本料金^{*5}			
特記事項(ご記入通り成績書に記載します) ^{*1}	月 日	<input type="checkbox"/> 一般細菌数	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> 大腸菌E.coli
		<input type="checkbox"/> 同上			
		その他:			
保存条件:以下の3条件からお選びください ^{*2}	月 日	<input type="checkbox"/> 一般細菌数	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> 大腸菌E.coli
<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 35		<input type="checkbox"/> 同上			
		その他:			
検査部位 ^{*3} : <input type="checkbox"/> ドリップを除く <input type="checkbox"/> 液汁を除く その他、部位のご指定がある場合ご記入ください ()	月 日	<input type="checkbox"/> 一般細菌数	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> 大腸菌E.coli
		<input type="checkbox"/> 同上			
		その他:			
試験方法:ご指定がない場合「食品衛生検査指針」に従い検査を行ないます。それ以外の検査(食品衛生法に基づく規格試験等)をご希望の場合は以下に規格名・試験方法をご記入ください。	月 日	<input type="checkbox"/> 一般細菌数	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> 大腸菌E.coli
		<input type="checkbox"/> 同上			
		その他:			
規格名・試験方法 ()	月 日	<input type="checkbox"/> 一般細菌数	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> 大腸菌E.coli
		<input type="checkbox"/> 同上			
		その他:			

備考 (受付全般についてのご要望、成績書分割、見積書番号、過去の成績書No.、検査条件のご指定などがございましたら記入ください)

依頼書は北-を検体に同封の上ご送付願います。(弊社へへのFAXは不要です)

受取日: 20 年 月 日 受取者:

検体発送先: 〒510-0825 三重県四日市市赤堀新町9番5号

一般財団法人 食品分析開発センター SUNATEC

TEL: 059-354-1552

FAX: 059-351-0630



001 保存基本
002 ~ 基本 削除

注意点 (必ずお読み下さい)

*1: 検体のLot、製造日、賞味期限等を成績書に記載が必要な場合、ご記入ください。

*2: その他の条件をご希望の場合は、ご相談ください。

*3: [冷凍品][液汁・シロップがある検体]でご記入が無い場合、通常ドリップ・液汁は含めます。また、非可食部及び添付品(タレ等)は除きます。

*4: 土曜、日曜及び祝日は、通常、検査を行なっておりません。また、営業時間(8:30~17:30)外の検査着手のご指定もお受けできませんのでご注意ください。

*5: 保存試験には基本料金が必要です。(1検体につき、1ヶ月以内: ¥1,000、以降3ヶ月単位で ¥3,000)

検体は、原則として試験日ごとにご準備頂くようお願いいたします。ご準備が難しい場合は、最初の試験日にあらかじめ分割して保存試験を行います。