

# 記入例

## 保存試験検査依頼書

発送日	0000年 00月 00日	太枠内は、記載必須事項となっております。	
住所	〒510-XXXX	市	区XXX-Y
会社名	株式会社		
所属部署	製造部	ご担当者	佐奈 太郎
TEL	000-111-1234	FAX	000-111-5678

ご依頼者と異なる方に成績書送付、請求書送付が必要な場合、必ず該当する記入欄にお書きください。

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	株式会社
-------	------

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 checked="" type="checkbox"/> 必要 [ <input checked="" 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 checked="" 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)

検査日をご記入下さい。土日祝日は検査を実施しておりません。

検体情報	試験日 <sup>4</sup>	検査項目
<b>検体名称</b> (ご記入通り成績書に記載します) カスタードプリン	04月01日	<input checked="" type="checkbox"/> 一般細菌数 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群 <input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌E.coli その他: <input type="checkbox"/> 保存試験基本料金 <sup>5</sup>
<b>特記事項</b> (ご記入通り成績書に記載します) <sup>*1</sup> 製造年月日:0000年04月01日 賞味期限:0000年04月10日	04月06日	<input checked="" type="checkbox"/> 一般細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌E.coli <input type="checkbox"/> 同上
保存条件:以下の3条件からお選びください <sup>*2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 35	04月10日	<input checked="" type="checkbox"/> 一般細菌数 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群 <input checked="" 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:カビ数、酵母数
検査部位 <sup>*3</sup> : <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 ( )	04月11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 checked="" type="checkbox"/> 同上
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。 規格名:試験方法 ( )	04月12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 checked="" type="checkbox"/> 同上
	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

検査項目が上記の検査項目と同じであれば同様にチェックしてください。

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)

左記の注意事項は、当検査の諸条件や成績書の書式などを記載していますので、ご依頼頂く前に必ずご一読ください。

依頼書はビニールを検体に同封の上ご送付願います。(弊センターへの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・ドリップがある検体]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。