

<記入例>

ご依頼者の名前又は社名、電話番号を記入してください。

検査内容に係る担当者、または責任者の所属・氏名等を記入してください。原則として、所属等の担当者は一人としてください。

郵送または来社欄にチェックしてください。来社の場合は成績書ができた時点で電話連絡します。

成績書受取前に連絡が必要な場合は、必要にチェックして連絡方法を選んでください。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。

試料・容器の返却をご希望の方は□欄にチェックしてください。

試料名、検査項目など記載してください。

試験検査依頼書

※太枠内をご記入ください

見積書No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.	試料No.	F		
		受付No.			
		受付日	年	月	日
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 一郎 様
	TEL	058-247-1302	FAX	058-248-0229	
依頼者と異なる場合	宛名	名称	様		
	送付先	住所	〒		
		名称	様		
	宛名	名称	様		
	送付先	住所	〒		
		名称	様		
成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 来社 ( <input type="checkbox"/> 電話連絡後 <input type="checkbox"/> 結果連絡後 ) <input type="checkbox"/> その他				
結果連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 ( 月 日 ) <input type="checkbox"/> 結果出次第 連絡先: <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail:				
支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現金 ( <input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 成績書受取時に支払 ) <input type="checkbox"/> 銀行振込				
返却品	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 試料返却 <input type="checkbox"/> 容器返却 返却方法 <input type="checkbox"/> 成績書と同送 ※封筒に入らない場合は宅配着払 <input type="checkbox"/> 宅配着払 <input type="checkbox"/> 来社 <input type="checkbox"/> その他				
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○	
				<input type="checkbox"/> 保存料	ソルビン酸
				<input type="checkbox"/>	安息香酸
				<input type="checkbox"/> 発色剤	亜硝酸根
				<input type="checkbox"/> 漂白剤	二酸化硫黄
				<input type="checkbox"/>	重金属 (Pbとして)
				<input type="checkbox"/> 金属	鉛
				<input type="checkbox"/>	ヒ素
				<input type="checkbox"/> その他	
				<input type="checkbox"/>	
推定値または添加物使用量					
保存条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍				
試験部位	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 液込み <input type="checkbox"/> 液除く <input type="checkbox"/> 指定部位				
試験目的詳細	<input type="checkbox"/> 自社データ用				
	<input type="checkbox"/> クレーム				
	<input type="checkbox"/> 使用していないことの証明				
	<input type="checkbox"/> 使用基準を超えないことの確認				
	<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				
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 ( / )				
検査料金	本体価格	円	総額 (税込)	円	
備考					依頼内容承認サイン
受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	結果連絡者	来社連絡者
-	-	-	-	-	-

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。

成績書の宛名・送付先が依頼者と異なる場合は記入してください。

請求書の宛名・送付先が依頼者と異なる場合は記入してください。

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取扱い、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: 058-247-1300 FAX: 058-248-0229

<b>注意事項</b>					
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。					