

<記入例>

ご依頼者のお名前又は社名、電話番号を記入してください。

試験検査依頼書 ※太枠内をご記入ください

試料No.	Y
受付No.	
受付日	年 月 日

見積書No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.
--------	--

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、所属ごとの担当者は一人としてください。

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			
依頼者	名称・屋号	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 様			
	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	

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。

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。

依頼者	成績書	宛名	名称	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 飛騨支所 様
		送付先	住所	〒 500-0053 高山市昭和町2-100-10
依頼者	請求書	宛名	名称	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 飛騨支所 様
		送付先	住所	〒

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。

試料・容器の返却をご希望の方は口欄にチェックしてください。

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 来社 ( <input checked="" 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 type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 来社 <input type="checkbox"/> その他

成績書受取前に速報が必要な場合は、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。

試料名を記入し、検査項目をお選びください。その他の場合は、分析したい項目を記載ください。

試料名及び検査項目	試料名等	〇〇AB01
	分析項目	<p>蛍光X線による定性分析(RoHs等有害元素分析)</p> <p><input type="checkbox"/> カドミウム、鉛、総水銀、クロム</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> カドミウム、鉛、総水銀、クロム、全臭素</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
報告書様式	<input type="checkbox"/> 当センター様式 <input type="checkbox"/> その他 (指定の様式を提示してください)	
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 ( / )	

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
	-	-	-	-	-

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

**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。