

# 試験検査依頼書

※太枠内についてご記入下さい。

見積書No.	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.	試料番号	F		
		受注CD			
		受付年月日	年	月	日
		完了年月日	年	月	日

依頼者	住所	〒			
	フリガナ				
	名称・屋号	様 <input type="checkbox"/> 食協会員			
	連絡担当者	所属	氏名		様
	TEL	FAX	E-mail		

※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下さい。

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		

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 来社	完了電話連絡	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要	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 type="checkbox"/> 必要 ( <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail : _____ )		押印 <input checked="" type="checkbox"/>					
返却品の有無	<input 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"/> 来社 <input type="checkbox"/> その他				
			<input type="checkbox"/> 試料 <input type="checkbox"/> 容器			※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。				

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○			
	推定値または添加物使用量			<input type="checkbox"/>	保存料	ソルビン酸 安息香酸	
				<input type="checkbox"/>	発色剤	亜硝酸根	
	保存条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍			<input type="checkbox"/>	漂白剤	二酸化硫黄
					<input type="checkbox"/>	殺菌剤	残留塩素
	試験部位	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 液込み <input type="checkbox"/> 液除く			<input type="checkbox"/>	甘味料	サッカリン・サッカリンNa
					<input type="checkbox"/>	品質保持剤	プロピレングリコール
	試験目的詳細	<input type="checkbox"/> 指定部位 <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			<input type="checkbox"/>	酸化防止剤	ジブチルヒドロキシトルエン ブチルヒドロキシアニソール
					<input type="checkbox"/>	着色料	銅クロロフィル
					<input type="checkbox"/>		銅クロロフィルNa
<input type="checkbox"/>					タール系色素 12項目		
<input type="checkbox"/>					赤色2, 3, 40, 102, 104, 105, 106		
<input type="checkbox"/>					青色1, 2		
<input type="checkbox"/>	緑色3						
<input type="checkbox"/>	黄色4, 5						
<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 checked="" type="checkbox"/>
------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

検査料金	本体価格	円	総額 (税込)	円	依頼内容承認(サイン) ※ご記入内容・検査料金
備考					
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。