

＜記入例＞

*太字内については記入してください。

試験検査依頼書

(器具容器包装：ガラス・陶磁器・ホウロウ用)

試料番号	H
受注CD	
受付年月日	年 月 日
完了年月日	年 月 日

ご依頼者の名前
又は社名を記入
して下さい。

持込での依頼の
とき、試料を持参
された方の所属・氏
名を記入して下さ
い。

検査内容に係る担
当者、または責任
者の所属・氏名等
を記入して下さい。
原則として所
属毎の担当者は、
一人として下さ
い。

成績書の宛名が依
頼者と異なる場合
は記入して下さい。
依頼者と同じ
場合は□欄にチェック
して下さい。

郵送または来社欄
にチェックして下さ
い。来社の場合は、
成績書ができた時
点で電話連絡しま
す。
郵送の場合、郵送
先が依頼者または
成績書の宛名と異
なる場合は記入し
て下さい。同じ場
合は□欄にチェック
して下さい。

検査料金の請求先
が依頼者名と異な
る場合は記入して
下さい。

試料名を明記して
いただければ、ど
のような形式でも
結構です。
試料名について製
造年月日等を記載
する場合は明記し
て下さい。

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
いただきますので
記入して下さい。

種類について該当
する□にチェックを
つけてください。

検査項目について
□欄にチェックして
下さい。

結果速報の連絡が
必要な場合は、連
絡方法とあわせて
□欄にチェックして
下さい。
なお、メールアド
レスは備考へお書
きください。

試験目的及び試験
法についてチェック
して下さい。

依 頼 者	見積書 No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (No.)		受付年月日	年 月 日		
	結果書発行の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ()		完了年月日	年 月 日		
	依頼者	フリガナ	<small>サイタンホウジンギフケンコウシュウエイセイケンサセンター</small>				
		名称	財団法人岐阜県公衆衛生検査センター				
	連絡担当者	住所	〒500-8148 岐阜市曙町4-6				
		所属	水道食品分析課	氏名	公衛検 一郎	様	
	成績書宛名	所属	水道食品分析課	氏名	公衛検 二郎	様	
		TEL	058-247-1302	FAX	058-248-0229		
	成績書の受取方法	名称	財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 飛騨支所	<input type="checkbox"/> 依頼者に同じ			
		住所	〒506-0053 高山市昭和町2-100-10	<input type="checkbox"/> 依頼者に同じ			
検査料金の請求書宛名	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 来社						
	名称		<input type="checkbox"/> 依頼者に同じ	<input type="checkbox"/> 成績書宛名に同じ			
請求書の受取方法	住所	〒	<input type="checkbox"/> 依頼者に同じ	<input type="checkbox"/> 成績書宛名に同じ			
	名称		<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者に同じ	<input type="checkbox"/> 成績書宛名に同じ			
支払方法	住所	〒	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者に同じ	<input type="checkbox"/> 成績書宛名に同じ			
	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来社						
希望納期	現金 (<input type="checkbox"/> 受付時支払済 ・ <input type="checkbox"/> 未納) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込 ・ その他 ()						
試料名	キャラクターグラス					<input type="checkbox"/> 別紙添付有り	
試料名及び検査項目	*原材料	種類 (○を付けてください)			*検査項目 (□にチェック又は項目に○をつけてください)		
	ガラス製	<input type="checkbox"/> 深さ 2.5cm 未満又は液体を満たせないもの			溶出	<input checked="" type="checkbox"/> カドミウム	
		深さ 2.5cm 以上 (加熱調理用器具以外)	<input type="checkbox"/> 容量 600ml 未満				
			<input checked="" type="checkbox"/> 容量 600ml 以上 3L 未満				
	<input type="checkbox"/> 容量 3L 以上			<input checked="" type="checkbox"/> 鉛			
	陶磁器製	<input type="checkbox"/> 加熱調理用器具			*試験目的詳細		
	ホウロウ引き	<input type="checkbox"/> 深さ 2.5cm 未満又は液体を満たせないもの			□ その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 自社データ用 ・ <input type="checkbox"/> クレーム ・ <input type="checkbox"/> 客先提出用	
		深さ 2.5cm 以上 (加熱調理用器具以外)	<input type="checkbox"/> 容量 1.1L 未満				
			<input type="checkbox"/> 容量 1.1L 以上 3L 未満				
	<input type="checkbox"/> 容量 3L 以上						
ホウロウ引き	深さ 2.5cm 未満又は液体を満たせないもの	<input type="checkbox"/> 加熱調理用器具					
		<input type="checkbox"/> 加熱調理用器具					
		<input type="checkbox"/> 容量 3L 以上					
ホウロウ引き	深さ 2.5cm 以上	<input type="checkbox"/> 容量 3L 未満・加熱調理用以外					
		<input type="checkbox"/> 容量 3L 未満・加熱調理用					
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						
返却品	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 試料返却 ・ <input type="checkbox"/> 容器返却)						
結果連絡	結果 Fax : <input type="checkbox"/> 不要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (<input type="checkbox"/> FAX ・ <input checked="" type="checkbox"/> E-mail) 完了連絡 : <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
検査料金	本体価格			円 総額			
備考	grc@koeiken.or.jp					依頼内容承認	
	受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	成績書作成者	報告担当者	
					最終検査者	発送確認	

問合せ先：(財) 岐阜県公衆衛生検査センター 〒500-8148 岐阜市曙町4-6 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下さい。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下さい。
- 成績書等の受け渡し方法を「来社」とされた場合は、電話により完了連絡を致します。なお、予定来社日を超えても来社されない場合は、郵送とさせていただきます。