

<記入例>

岐阜県食品衛生協会
会会員の方は必ず
チェックして下さい。

*以下の太枠内をご記入ください。

試験検査依頼書

* 試料番号	F
* 受注CD	

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

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。

試験目的及び試験
法についてチェック
して下さい。

検査項目について
□欄にチェックして
下さい。

分析精度を上げる
ため、分かる範囲
で推定値を記入し
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。

食物繊維の添加
の有無を記入し
て下さい。また添
加の場合、種類の
記載も願います。

併せて細菌検査も
ある場合はチェック
し、別紙依頼書に
記入して下さい。

依 頼 者	依頼者	フリガナ <small>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</small> 名称 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 住所 〒500-8148 岐阜市曙町4-6
	受付時持ち込み者	所属 水道食品分析課 氏名 公衛検 一郎 様
	連絡担当者	所属 水道食品分析課 氏名 公衛検 二郎 様 TEL : 058-247-3016 FAX : 058-248-0229
	成績書宛名	名称 財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 飛騨支所 様 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ 住所 〒 506-0053 高山市昭和町2-100-10 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ
	成績書の受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来社 名称 様 <input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 成績書宛名に同じ 住所 〒 <input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 成績書宛名に同じ
	検査料金の請求書宛名	名称 様 <input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 成績書宛名に同じ 住所 〒 <input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 成績書宛名に同じ
	請求書の受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来社 名称 様 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 成績書宛名に同じ 住所 〒 <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 成績書宛名に同じ
	支払方法	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 ()
	希望納期	年 月 日

試料名	□別紙添付	検査項目	推定値
梅の酢漬け	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 熱量 (エネルギー)	Kcal
		<input type="checkbox"/> 水分	g/100g
		<input checked="" type="checkbox"/> たんぱく質	g/100g
		<input checked="" type="checkbox"/> 脂質	g/100g
		<input checked="" type="checkbox"/> 炭水化物	g/100g
		<input type="checkbox"/> 灰分	g/100g
		<input checked="" type="checkbox"/> ナトリウム・食塩相当量	
		<input type="checkbox"/> 糖質・食物繊維 (添加の有・無) ※	g/100g
		<input type="checkbox"/> K・Ca・Mg	g/100g
		<input type="checkbox"/> P・Fe・Zn・Cu・Mn	g/100g
		<input type="checkbox"/> ビタミンA	レチノール μg/100g
		<input type="checkbox"/> ビタミンB1	加パン・クアトキサン μg/100g
		<input type="checkbox"/> ビタミンB2	mg/100g
		<input type="checkbox"/> ビタミンC	mg/100g
		<input type="checkbox"/> ビタミンD	μg/100g
<input type="checkbox"/> ビタミンE	g/100g		
<input type="checkbox"/> その他			
※食物繊維：添加の場合 (種類： 難消化性デキストリン)		<input type="checkbox"/> 細菌検査	

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	分析開始予定日
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	<input type="checkbox"/> 不要・ <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (<input type="checkbox"/> FAX ・ <input checked="" type="checkbox"/> E-mail)	
検査料金	円 (消費税含む)	依頼内容承認
備考	gro@koeiken.or.jp	

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。
- 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。