

< 記入例 >

*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	N
* 受注CD	

ご依頼者の名前
又は社名を記入
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。

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。

検査項目について
欄にチェックし、そ
れぞれの人数を
()の中に記入
して下さい。

見積書 No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (No.)	受付年月日	年 月 日
結果書発行の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無 ()	完了年月日	年 月 日

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。

検査される方の業
務区分を選択して
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。

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。

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。

便を採られた方
の氏名を記入し
て下さい。

依 頼 者	フリガナ	サイタ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	財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 様	
		住所	〒500-8148 岐阜市曙町4-6	
	受付時持ち込み者	所属	理化学分析課	氏名 公衛検 一郎 様
	連絡担当者	所属	理化学分析課	氏名 公衛検 二郎 様
		TEL :	058-247-1302	FAX : 058-248-0229
	被験者区分	<input checked="" type="checkbox"/> 食品従事者・ <input type="checkbox"/> 給食従事者・ <input type="checkbox"/> 水道従事者・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	成績書宛名	名称	様	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ
		住所	〒	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ
	成績書の受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送	来社	
	名称	様	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 成績書宛名に同じ	
	住所	〒	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 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 成績書宛名に同じ	
	住所	〒	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 成績書宛名に同じ	
請求書の受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送	来社		
	名称	様	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 成績書宛名に同じ	
	住所	〒	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 成績書宛名に同じ	
支払方法	現金 (<input checked="" type="checkbox"/> 受付時支払済 ・ 未納) ・ 銀行振込 ・ その他 ()			
希望納期	年 月 日			

検査項目	<input checked="" type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ (4 名)
	<input checked="" type="checkbox"/> 病原性大腸菌 (0157) (4 名)

No.	氏 名	No.	氏 名
1	公衛検 一郎	11	
2	公衛検 二郎	12	
3	公衛検 三郎	13	
4	公衛検 四郎	14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

検査料金	単価 (税込)	×	総検体数	=	検査手数料 (税込)	円	
	@						
受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	成績者作成者	報告担当者	最終検査者	発送確認

受取者	採取時間	受付者	受付時間
	:		:

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。