

様式 1

< 記入例 >

試験検査依頼書

岐阜県食品衛生協会会員の方は必ず
チェックして下さい。

*以下の太枠内をご記入ください。

* 試料番号	F
* 受注CD	

ご依頼者の名前
又は社名を記入
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。

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 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
	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 依頼者と同じ 住所 〒506-0053 高山市昭和町2-100-10 依頼者と同じ
	成績書の受取方法	郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 来社 名称 様 依頼者と同じ 成績書宛名に同じ 住所 〒 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 依頼者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 成績書宛名に同じ 住所 〒 依頼者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 成績書宛名に同じ
	支払方法	現金 (受付時支払済・未納)・ <input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込・その他 ()
	希望納期	年 月 日

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。

郵送または来社欄
にチェック下さい。
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。

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。

試料名及び検査項目	試料名	別紙添付有り	検査項目 にチェックまたは項目に	
		まるやかソーセージ	保存料	ソルビン酸 安息香酸
	* 推定値または添加物使用量		<input checked="" type="checkbox"/> 発色剤	亜硝酸根
	* 保存条件		漂白剤	二酸化硫黄
	常温・冷蔵・冷凍		殺菌剤	残留塩素
	* 試験部位		甘味料	サッカリン・サッカリンNa
	全量・液込み・液除く・指定部位 ()		品質保持剤	プロピレングリコール
	* 試験目的の詳細		酸化防止剤	ジブチルヒドロキシルエン ブチルヒドロキシアニソール
	<input checked="" type="checkbox"/> 自社データ用		着色料	銅クロロフィル 銅クロロフィルNa タール系色素 12項目 赤色 2,3,40,102,104,105,106 青色 1,2 緑色 3 黄色 4,5
	クレーム			その他
使用していないことの証明				
使用基準を超えていないことの確認				
客先提出用 (給食関係・生協・スーパー・その他)				
その他				

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。

保存条件、試験部
位及び試験目的に
ついて記入して下
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。

搬入方法	持ち込み・郵送・宅配・クール宅配・センター採取						
返却品	無・有 (試料返却・容器返却)						
結果連絡	不要・ <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (FAX・ <input checked="" type="checkbox"/> E-mail)						
検査料金	円 (消費税込)						
分析開始予定日		依頼内容承認					
備考	grc@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。