

## ＜記入例＞

ご依頼者のお名前又は社名、屋号、住所等を記入してください。

担当者様の所属・氏名・連絡先電話番号等を記入してください。

郵送または来社欄にチェックしてください。来社の場合は成績書ができた時点で電話連絡します。

成績書受取前に速報が必要な場合は、必要にチェックして連絡方法を選んでください。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。

試料・容器の返却をご希望の方は口欄にチェックしてください。

試料名及び検査項目を記入してください。

# 試験検査依頼書

※太枠内をご記入ください

見積書No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.
--------	--

試料No.	P
受付No.	
受付日	年 月 日

依頼者	住所	〒 500-8148 岐阜市曙町4-6				
	フリガナ	イッパン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				
	名称・屋号	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 様				
連絡担当者	所属	医薬食品課		氏名	公衛検 太郎 様	
	TEL	058-247-1302		FAX	058-248-0229	
依頼者と異なる場合	成績書	宛名	名称	様		
		送付先	住所	〒		
	請求書	宛名	名称	様		
		送付先	住所	〒		

成績書の宛名・送付先が依頼者と異なる場合は記入してください。

請求書の宛名・送付先が依頼者と異なる場合は記入してください。

成績書受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来社 ( <input type="checkbox"/> 電話連絡後 <input type="checkbox"/> 結果連絡後 ) <input type="checkbox"/> その他( )				
結果連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 ( 月 日 ) <input type="checkbox"/> 結果出次第				
	連絡先: <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail:				
支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 ( <input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 成績書受取時に支払 ) <input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込				
返却品	<input checked="" type="checkbox"/> なし		返却方法	<input type="checkbox"/> 成績書と同送 ※封筒に入らない場合は宅配着払	
	<input type="checkbox"/> 試料返却 <input type="checkbox"/> 容器返却			<input type="checkbox"/> 宅配着払 <input type="checkbox"/> 来社 <input type="checkbox"/> その他	

試料名	<input type="checkbox"/> 別紙添付あり <div style="color: red; font-weight: bold; margin-top: 10px;">・精製水</div>
検査項目	<div style="color: red; font-weight: bold; margin-top: 10px;">・導電率</div> <div style="color: red; font-weight: bold; margin-top: 10px;">・有機体炭素</div>

信頼性保証 (別途有償)	GMP対応    必要 <input type="checkbox"/>	QA照査    必要 <input type="checkbox"/>	信頼性保証書    必要 <input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

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 ( / )
------	---

検査料金	本体価格	円	総額 (税込)	円
------	------	---	---------	---

備考	<div style="float: right; text-align: right; font-weight: bold;">依頼内容承認サイン</div>  
----	--

受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	部門責任者	結果連絡者	来社連絡者
-	-	-	-	-	-	-

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取扱い、目的外の個人情報の利用はいたしません。

(一財)岐阜県公衆衛生検査センター    TEL: 058-247-1300    FAX: 058-248-0229

- 注意事項**

  1. **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
  2. 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。
  3. 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。