令和　　年　　月　　日

公益社団法人 鹿児島県薬剤師会会長 様

受付印

検 査 依 頼 書

下記のとおり **食品検査** を依頼します。

※食品(試料)の性質上、項目によっては検査が出来ない場合がございます。予め御了承下さい。

【太枠内をご記入下さい】※結果書の訂正はできませんので、記入事項は十分ご確認ください。

依頼者 結果書に記載する名称をご記入下さい	住 所 (所 在 地)	〒	TEL
	ふりがな		FAX
	氏 名 (事業所名)	印	ご担当者様 連絡先 (携帯等)

※上記依頼者と異なる場合のみご記入下さい。

請求書宛名 □依頼者と同じ	住 所 (所 在 地)	〒	TEL
	氏 名 (事業所名)		FAX
結果書送付先 □依頼者と同じ □請求先と同じ	住 所 (所 在 地)	〒	TEL
	氏 名 (事業所名)		FAX

検査目的	□ 品質管理　□ 衛生管理　□ 流通販売・取引用　□ 調査研究開発　□ 公用 □ 栄養表示　□ 消費・賞味期限設定　□ ふきとり試験　□ その他（　　）

受付番号 (記入不要)	検体番号 (記入不要)	商品名（検体名）	検査項目	単価（円） (税抜)	件数	手数料（円） (税込)
		見積書（有・無）	入金（済・未）	合　計	0	

付記事項等 結果書に追記する情報	
検体の原材料 (栄養分析)	
その他ご要望等	
備　考 (弊センター使用欄)	
受付方法	① 窓口　② 回収　③ 採取　常温・冷蔵・冷凍 ④ 宅配（社名:　　）AM ・PM /着払￥

試験法等指定	
① 試験法	□ 一般　□ 規格　□ その他（　　）
② 単位	□ 100mlあたり　□ 100ｇあたり □ その他（　　）
③ 検査部位	□ 全て　□ 可食部のみ □ その他（　　）
添加物の有無	□ 有　□ 無　□ 不明
検体保管条件	□冷蔵 □冷凍 □常温 □冷暗所

結果書の記載法	結果の報告	検体の返却
□ 検査内容ごとに分ける □ 全てまとめる □ その他(　　)	□ 窓口受取 □ 郵送 □ FAX後郵送	□ 必要 (別途送料) □ 不要

理化学	細菌	発送	検収	発行	入力チェック	入力	受付