

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

記入例

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	住所 (所在地)	〒 〇〇-〇〇 鹿児島県〇〇〇〇	TEL 099-〇〇-〇〇
	ふりがな		FAX 099-〇〇-〇〇
結果書に記載する 名称をご記入下さい	氏名 (事業所名)	〇 〇 〇 〇 印	ご担当者様 連絡先 (携帯等) 〇〇-〇〇-〇〇

※上記依頼者と異なる場合のみご記入下さい。

請求書宛名	住所 (所在地)	〒	TEL
<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ	氏名 (事業所名)		FAX
結果書送付先	住所 (所在地)	〒	TEL
<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 請求先と同じ	氏名 (事業所名)		FAX

依頼者と違う場合はご記入ください。
同じ場合は☑を入れてください。

検査目的	<input type="checkbox"/> 品質管理	<input type="checkbox"/> 衛生管理	<input type="checkbox"/> 流通販売・取引用	<input type="checkbox"/> 調査研究開発	<input type="checkbox"/> 公用
	<input type="checkbox"/> 栄養表示	<input type="checkbox"/> 消費・賞味期限設定	<input type="checkbox"/> ふきとり試験	<input type="checkbox"/> 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)
		〇〇〇〇	〇〇〇〇 〇〇〇〇			
		見積書 (有・無)	入金 (済・未)	合計		

該当する目的項目に必ず☑を入れてください。(複数可)

成績書に記載されます。
正しくご記入ください。

検査項目を
正しくご記入ください。

付記事項等 結果書に追記する 情報	成績書の付記事項に記載したい内容があればご記入ください。(例; 製造日、賞味期限、ロット番号、等)
-------------------------	---

検体の原材料 (栄養分析)	栄養分析をご依頼の場合は、原材料をご記入ください。	試験法等指定			
		① 試験法 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 規格 <input type="checkbox"/> その他 ()	② 単位 <input type="checkbox"/> 100mlあたり <input type="checkbox"/> 100gあたり <input type="checkbox"/> その他 ()		③ 検査部位 <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 可食部のみ <input type="checkbox"/> その他 ()
その他ご要望等		添加物の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	検体保管条件 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷暗所		
備考 (弊センター使用欄)		結果書の記載法		結果の報告	検体の返却
		<input type="checkbox"/> 検査内容ごとに分ける <input type="checkbox"/> 全てまとめる <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 窓口受取 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX後郵送	<input type="checkbox"/> 必要 (別途送料) <input type="checkbox"/> 不要	

受付方法	① 窓口 ② 回収 ③ 採取 ④ 宅配 (社名:)	常温・冷蔵・冷凍 AM・PM / 着払
理化学	細菌	発送 検収 発行 入力チェック 入力 受付