

検査依頼書

公益社団法人 長崎県食品衛生協会 様

受付番号
 依頼年月日 年 月 日
 受付年月日 年 月 日

下記のとおり試験検査を依頼します。

「太枠内のみご記入下さい」

依頼者名 (成績書宛名)	会社名 代表者名 印	ご担当者名
住所	〒 TEL FAX	部 課 様
成績書の宛名と異なる場合に記入して下さい。		
成績書送付先		ご担当者名
住所	〒 TEL FAX	部 課 様
請求書宛名		ご担当者名
住所	〒 TEL FAX	部 課 様
ご依頼の目的	品質管理・栄養表示・流通販売用・研究開発・クレーム処理・公用 その他()	
製造年月日等	製造年月日 年 月 日 消費・賞味期限: 年 月 日	
標記事項		
結果の連絡	来社・郵送 FAX 要・不要	
1	検 体 名	試 験 項 目
2	検 体 名	試 験 項 目
試験部位・試験方法などの注意事項(可能な範囲で、原材料、添加量などもご記入ください。)		

検査手数料	領・未	発送方法	郵送(普通・速達)
終了予定日		検体搬入方法	来社・宅配(常温・クール)・採取

*成績書発行後は、成績書宛名及び検体名称は変更できませんので、よくお確かめの上ご記入下さい。

別紙

受付番号

「本枠内のみご記入下さい」

依頼者名	
------	--

3	検体名		試験項目	
4	検体名		試験項目	
5	検体名		試験項目	
6	検体名		試験項目	
7	検体名		試験項目	
8	検体名		試験項目	
9	検体名		試験項目	
10	検体名		試験項目	