

検査依頼書 (JIHFS会員様)

一般財団法人 茨城県薬剤師会検査センター 殿

受付番号	FO	総務部長	受付者
請求番号		指定用紙 有・無	
採取・回収	番号記入	依頼入力	成績発送
			請求作成
			請求発送
同時発送	参照受付番号(親番号)		

受付日	年 月 日	収入区分	現金・後納
検査手数料	円	サンプリング手数料	円
合計金額	円(税込)		
	成績書発送期限	月	日

表裏の太枠内へのご記入をお願いいたします。

分析目的						
依頼者	ふりがな					
	会社名					
	郵便番号	-	住所			
	電話番号	()	FAX番号	()	検体持参者	

検体種類	<input type="checkbox"/> 健康食品(形状:) <input type="checkbox"/> 原材料(基原材料名:) <input type="checkbox"/> その他()
------	---

検体名称 (商品名)							
付記事項	Lot No.					賞味期限	年 月 日
	<input type="checkbox"/>	()					
	<input type="checkbox"/>	(年 月 日)					
<input type="checkbox"/> にチェックを入れ、記入してください。							

検査項目 (セット項目)	<input type="checkbox"/> 崩壊試験 <input type="checkbox"/> 溶出試験 <input type="checkbox"/> 保存安定性試験 <input type="checkbox"/> 栄養成分検査 <input type="checkbox"/> 食品、食品添加物中の重金属検査 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。
-----------------	---

測定条件						
------	--	--	--	--	--	--

連絡先 (担当者) (電話番号) (E-mail)	
------------------------------------	--

※ ご依頼の際には、検査手数料を添えてお申し込み下さい。(つり銭のないようご用意下さい)
 ※ 検査成績書は出来次第、順次発送いたします。
 ※ お問い合わせ電話番号 029-306-9086
 メール info@ibaraki-kensa.or.jp
 (試験担当者:技術部 西沢/営業企画部 佐藤)
 《裏面にもご記入をお願いいたします。》

成績書 郵送先	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ場合はチェックを入れてください。					
	ふりがな					
	氏名					
	郵便番号	—	住所			
	電話番号	()	FAX番号	()	担当者	
成績書 標 題	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 成績書郵送先と同じ					
	ふりがな					
	氏名				住所印刷	しない・する
	郵便番号	—	住所			

以下は、請求(後納)の方のみご記入下さい。

※請求書は近日中に郵送致します。尚、お振込みの際の振込手数料はご負担ください。成績書は検査終了時に入金確認が出来次第、発送となりますのでご了承下さい。

請求先 (請求書宛名)	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ場合はチェックを入れてください。					
	ふりがな					
	氏名					
	郵便番号	—	住所			
	電話番号	()	FAX番号	()	担当者	
請求書 郵送先	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 請求書宛名と同じ <input type="checkbox"/> 成績書郵送先と同じ					
	ふりがな					
	氏名					
	郵便番号	—	住所			
	電話番号	()	FAX番号	()	担当者	

採取時状況メモ(気づいた点があればお書き下さい。)

備 考(センター記入)

依頼書に記載された内容は検査の目的以外には使用しません。また、検査等について、他に提供することはありません。
なお、検査結果をもとに、個々を特定できないデータとして、集計に使用させていただくことがあります。

(201303DL)