

依頼書B (QMSYE-B-7-01様式4-g-2) 太線の枠内を記入してください

顧客番号 44-

依頼者	フリガナ 依頼者名	フリガナ 依頼者住所		
	フリガナ 担当者氏名	所属	電話番号	FAX番号
結果書	フリガナ 結果書に記載される氏名	フリガナ 担当者名		
	フリガナ 結果書送付先住所・氏名	電話番号	フリガナ 担当者名	
請求書	フリガナ 請求書に記載される住所・氏名	フリガナ 担当者名		
	フリガナ 請求書送付先住所・氏名	電話番号	フリガナ 担当者名	

【業務内容】

業務の目的	食品中の動物用医薬品検査(品質管理を目的とした検査)		
法令・規制等(検査の方法)	<input checked="" type="checkbox"/> 食品衛生法関連 <input type="checkbox"/> その他( ) 分析方法についてはQMSYE-C-7-04-gによる(詳細はデータシート)		
検体番号			
試験品名			
採取年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
採取者氏名			
採取場所			
採取量・数量	グラム、 個	グラム、 個	グラム、 個
採取時の状態	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
試験品の外観	<input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> その他( )
搬送条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
発送予定日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査項目	<input checked="" type="checkbox"/> 動物用医薬品2成分一斉検査 ( オキシテトラサイクリン・ミノサマイシン ) <input type="checkbox"/> 動物用医薬品120成分一斉検査 <input type="checkbox"/> テトラサイクリン系3項目 <input type="checkbox"/> ストレプトマイシン <input type="checkbox"/> クロラムフェニコール <input type="checkbox"/> ノルフロキサシン <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 動物用医薬品2成分一斉検査 ( オキシテトラサイクリン・ミノサマイシン ) <input type="checkbox"/> 動物用医薬品120成分一斉検査 <input type="checkbox"/> テトラサイクリン系3項目 <input type="checkbox"/> ストレプトマイシン <input type="checkbox"/> クロラムフェニコール <input type="checkbox"/> ノルフロキサシン <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 動物用医薬品2成分一斉検査 ( オキシテトラサイクリン・ミノサマイシン ) <input type="checkbox"/> 動物用医薬品120成分一斉検査 <input type="checkbox"/> テトラサイクリン系3項目 <input type="checkbox"/> ストレプトマイシン <input type="checkbox"/> クロラムフェニコール <input type="checkbox"/> ノルフロキサシン <input type="checkbox"/> その他 ( )
納期(郵送による)	<input type="checkbox"/> 受入後10営業日( ) <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	結果速報	<input type="checkbox"/> 希望する(FAX) <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する(メール)
結果書部数	部(最大3部まで)	引渡方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 受取
業務委託料		請求方法	<input type="checkbox"/> 実施毎 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 四半期 <input type="checkbox"/> 着手時一括 <input type="checkbox"/> 完了後一括 <input type="checkbox"/> その他( )
請求コード	5 7 5 7 3 8 3		<input type="checkbox"/> 指定請求 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
レビューを受けての処置		承諾	顧客 審査・承認 検査GL 能力承認 測定分析管理者 作成 業務担当者 窓口受入担当者
備考	基準値		

ご依頼により得られる情報は業務達成の範囲内で取扱い、ご依頼者の同意なしに第三者に提示することはありません。  
 ※事前にFAX(083-924-9458)下さるようお願い致します。 試験品送付先: 〒753-0814 山口市吉敷下東1丁目5番1号 (公財)山口県予防保健協会(TEL083-933-0018)