

依頼書B (QMSYE-B-10-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 <input type="checkbox"/> 依頼者と同 <input type="checkbox"/> その他 → (右欄に記入)	フリガナ 結果書に記載される氏名			
	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 <input type="checkbox"/> 依頼者と同 <input type="checkbox"/> その他 → (右欄に記入)	フリガナ 請求書に記載される住所・氏名 〒			
	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	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 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	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日		
検査項目	<input type="checkbox"/> 動物用医薬品128成分一斉検査 <input type="checkbox"/> ニトロフラン類4項目 <input type="checkbox"/> ジヒドロストレプトマイシン及び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"/> オキシテトラサイクリン・ミノサイミン <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 動物用医薬品128成分一斉検査 <input type="checkbox"/> ニトロフラン類4項目 <input type="checkbox"/> ジヒドロストレプトマイシン及び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"/> オキシテトラサイクリン・ミノサイミン <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 動物用医薬品128成分一斉検査 <input type="checkbox"/> ニトロフラン類4項目 <input type="checkbox"/> ジヒドロストレプトマイシン及び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"/> オキシテトラサイクリン・ミノサイミン <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"/> その他(平成 年 月 日)	結果速報	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> FAX		
結果書部数	1 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	5757383 ×		<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	審査・承認	能力承認	作成
		顧客	検査GL	測定分析管理者	業務担当者 窓口受入担当者
備考	基準値				

※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(083-941-6400)をお願い致します。

試験品送付先：〒754-0001 山口市小郡上郷5408-1
(公財) 山口県予防保健協会(TEL083-941-6300)