

依頼書B (QMSYE-B-10-様式4-g-1) 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		〒	電話番号
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
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

【業務内容】

業務の目的	食品中の細菌検査(品質管理を目的とした検査)		
法令・規制等(検査の方法)	■食品衛生法関連 □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="radio"/> 常温 <input type="radio"/> 冷蔵 <input type="radio"/> 冷凍	<input type="radio"/> 常温 <input type="radio"/> 冷蔵 <input type="radio"/> 冷凍	<input type="radio"/> 常温 <input type="radio"/> 冷蔵 <input type="radio"/> 冷凍
試験品の外観	<input type="radio"/> 新鮮 <input type="radio"/> その他 ()	<input type="radio"/> 新鮮 <input type="radio"/> その他 ()	<input type="radio"/> 新鮮 <input type="radio"/> その他 ()
搬送条件	<input type="radio"/> 常温 <input type="radio"/> 冷蔵 <input type="radio"/> 冷凍	<input type="radio"/> 常温 <input type="radio"/> 冷蔵 <input type="radio"/> 冷凍	<input type="radio"/> 常温 <input type="radio"/> 冷蔵 <input type="radio"/> 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"/> 細菌数(生菌数) <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 細菌数(生菌数) <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 細菌数(生菌数) <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <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 () <input type="checkbox"/> 指定請求 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
請求コード	5757380 x		
レビューを受けての処置		承諾	審査・承認
		顧客	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	試験品の種類 <input type="checkbox"/> 成分規格等のある食品 { } <input type="checkbox"/> 成分規格等のない食品 { }		
メールアドレス:			

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(083-941-6400)をお願い致します。

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