

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		依頼者住所		
	依頼者名				
	(会社名等)		〒		
	フリガナ	所属	電話番号	連絡送付先FAX・メール	
	担当者氏名				
結果書	結果書に記載される宛名				
	☐ 依頼者と同				
	☐ その他 →				
	(右欄に記入)				
	結果書送付先情報		フリガナ	担当者名	
	〒	宛名			
	電話番号	住所			
請求書	請求書に記載される宛名		請求書に記載される住所		
			〒		
	☐ 依頼者と同				
	☐ その他 →				
	請求書送付先情報		フリガナ	担当者名	
	〒	宛名			
	電話番号	住所			

【業務内容】						
業務の目的		食品検査(品質管理を目的とした検査)				
法令・規制等(検査の方法)		■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		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		☐ 常温 ☐ 冷蔵 ☐ 冷凍	☐ 常温 ☐ 冷蔵 ☐ 冷凍	☐ 常温 ☐ 冷蔵 ☐ 冷凍		
試験品の外観		☐ 新鮮 ☐ その他()	☐ 新鮮 ☐ その他()	☐ 新鮮 ☐ その他()		
搬送条件		☐ 常温 ☐ 冷蔵 ☐ 冷凍	☐ 常温 ☐ 冷蔵 ☐ 冷凍	☐ 常温 ☐ 冷蔵 ☐ 冷凍		
発送予定日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		
検査項目 【動物用医薬品】	☐ 動物用医薬品128成分一斉検査 ☐ ニトロフラン類4項目 ☐ ジェトロストレプトマイシン及びスレプトマイシン ☐ その他一斉検査・カスタマイズプラン () ☐ その他 ()		☐ 動物用医薬品128成分一斉検査 ☐ ニトロフラン類4項目 ☐ ジェトロストレプトマイシン及びスレプトマイシン ☐ その他一斉検査・カスタマイズプラン () ☐ その他 ()		☐ 動物用医薬品128成分一斉検査 ☐ ニトロフラン類4項目 ☐ ジェトロストレプトマイシン及びスレプトマイシン ☐ その他一斉検査・カスタマイズプラン () ☐ その他 ()	
納期(郵送による)		☐ 受入後10営業日() ☐ その他(年 月 日)		結果速報	☐ 希望する ☐ メール ☐ FAX ☐ 希望しない	
結果書部数		部(最大3部まで)		引渡方法	☐ 郵送 ☐ 持参 ☐ 受取	
業務委託料		¥		請求方法	☐ 実施毎 ☐ 毎月 ☐ 四半期 ☐ 着手時一括 ☐ 完了後一括 ☐ その他() 指定請求 ☐ 有り ☐ 無し	
請求コード		5757383x				
レビューを受けての処置			承諾	審査・承諾	能力承諾	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			

当協会ホームページ記載の「ご依頼に関する注意事項等」をご確認いただき、同意の上お申し込みください。
※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)