

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 担当者氏名	所属	電話番号	連絡送付先FAX・メール	
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		
			〒		
	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	
採取者氏名		*****		*****	
採取場所		*****		*****	
採取量・数量		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	
試験品の外観		☐ 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	
発送予定日		年 月 日		年 月 日	
検査項目 【細菌】		☐ 細菌数(生菌数) ☐ 黄色ブドウ球菌 ☐ 大腸菌群 ☐ サルモネラ菌 ☐ 大腸菌 ☐ 真菌 ☐ その他セットプラン・カスタマイズプラン () ☐ その他 ()		☐ 細菌数(生菌数) ☐ 黄色ブドウ球菌 ☐ 大腸菌群 ☐ サルモネラ菌 ☐ 大腸菌 ☐ 真菌 ☐ その他セットプラン・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		5757380x			
レビューを受けての処置				承諾	審査・承認
				顧客	検査GL
備考				能力承認	作成
基準値 ☐ 成分規格等のある食品 【 ☐ 成分規格等のない食品 【				測定分析管理者	業務担当者 窓口受入担当者

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)