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

【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 【カビ毒】	☐ 総アフラトキシン(B1,B2,G1,及びG2の総和) ☐ デオキシニバレノール（DON） ☐ その他セットプラン・カスタマイズプラン （　　） ☐ その他 （　　）	☐ 総アフラトキシン(B1,B2,G1,及びG2の総和) ☐ デオキシニバレノール（DON） ☐ その他セットプラン・カスタマイズプラン （　　） ☐ その他 （　　）	☐ 総アフラトキシン(B1,B2,G1,及びG2の総和) ☐ デオキシニバレノール（DON） ☐ 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	1　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（　　）	
請求コード	5757389×		指定請求　☐有り　☐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**				

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。
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　山口市小郡上郷5408-1