

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		
	〒				
	☐ 依頼者と同				
	☐ その他 →				
(右欄に記入)					
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 【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 ()	
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		5757389x			
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				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)