

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	速報送付先FAX・メール
結果書 <input type="checkbox"/> 依頼者と同 <input type="checkbox"/> 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		フリガナ	担当者名
	〒	宛名		
	電話番号	住所		
請求書 <input type="checkbox"/> 依頼者と同 <input type="checkbox"/> 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		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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍		
試験品の外観	<input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> その他( )		
搬送条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍		
発送予定日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
検査項目 【カビ毒】	<input type="checkbox"/> 総アフラトキシン(B1,B2,G1,及びG2の総和) <input type="checkbox"/> デオキシノバレノール (DON)  <input type="checkbox"/> その他セットプラン・カスタマイズプラン ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 総アフラトキシン(B1,B2,G1,及びG2の総和) <input type="checkbox"/> デオキシノバレノール (DON)  <input type="checkbox"/> その他セットプラン・カスタマイズプラン ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 総アフラトキシン(B1,B2,G1,及びG2の総和) <input type="checkbox"/> デオキシノバレノール (DON)  <input type="checkbox"/> その他セットプラン・カスタマイズプラン ( ) <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 ( 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( )		
請求コード	5757389×		<input type="checkbox"/> 指定請求 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 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。

※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)