

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"/> デオキシニコパレノール (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"/> デオキシニコパレノール (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"/> デオキシニコパレノール (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"/> FAX <input type="checkbox"/> 希望しない
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
		顧客	能力承認
			作成
			業務担当者 窓口受入担当者
備考	基準値		

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 山口県小郡上郷5408-1
(公財) 山口県予防保健協会 (TEL083-941-6300)