

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 45-

| | | | | |
|--|----------------|----|-------------|--------------|
| 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 【放射能】 | <input checked="" type="checkbox"/> 放射能検査(ヨウ素131、セシウム134、セシウム137) | <input type="checkbox"/> 放射能検査(ヨウ素131、セシウム134、セシウム137) | <input type="checkbox"/> 放射能検査(ヨウ素131、セシウム134、セシウム137) |
| | <input type="checkbox"/> その他上記以外の食品 留意点があればご記入ください。 | <input type="checkbox"/> その他上記以外の食品 留意点があればご記入ください。 | <input type="checkbox"/> その他上記以外の食品 留意点があればご記入ください。 |
| 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 | 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 | 5757387× | | <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 |
| | | | 測定分析管理者 |
| | | | 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)