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	結果書に記載される宛名			
☐ その他 → （右欄に記入）	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	請求書に記載される宛名		請求書に記載される住所 〒	
☐ その他 → （右欄に記入）	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 【細菌】	☐ 細菌数(生菌数) ☐ 黄色ブドウ球菌 ☐ 大腸菌群 ☐ サルモネラ属菌 ☐ 大腸菌 ☐ 真菌 ☐ その他セットプラン・カスタマイズプラン （　） ☐ その他 （　）	☐ 細菌数(生菌数) ☐ 黄色ブドウ球菌 ☐ 大腸菌群 ☐ サルモネラ属菌 ☐ 大腸菌 ☐ 真菌 ☐ その他セットプラン・カスタマイズプラン （　） ☐ その他 （　）	☐ 細菌数(生菌数) ☐ 黄色ブドウ球菌 ☐ 大腸菌群 ☐ サルモネラ属菌 ☐ 大腸菌 ☐ 真菌 ☐ 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	5757380×		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** ☐成分規格等のある食品 【　】 ☐成分規格等のない食品 【　】				

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
（公財）山口県予防保健協会(TEL083-941-6300)