

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	所属	電話番号	速報送付先FAX・メール	
担当者氏名					
結果書	結果書に記載される宛名				
	<input type="checkbox"/> 依頼者と同	結果書送付先情報 フリガナ			担当者名
	<input type="checkbox"/> その他 → (右欄に記入)	〒	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		
	<input type="checkbox"/> 依頼者と同	〒			
	<input type="checkbox"/> 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 <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	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	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	<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()	<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	<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	年 月 日
検査項目 【動物用医薬品】	<input type="checkbox"/> 動物用医薬品128成分一斉検査 <input type="checkbox"/> ニトロフラン類4項目 <input type="checkbox"/> ジヒドロストレプトマイシン及びストレプトマイシン <input checked="" type="checkbox"/> その他一斉検査・カスタマイズプラン (はちみつ専用プラン (2項目検査一式) オキシテトラサイクリン・ミロサマイシン) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 動物用医薬品128成分一斉検査 <input type="checkbox"/> ニトロフラン類4項目 <input type="checkbox"/> ジヒドロストレプトマイシン及びストレプトマイシン <input type="checkbox"/> その他一斉検査・カスタマイズプラン (はちみつ専用プラン (2項目検査一式) オキシテトラサイクリン・ミロサマイシン) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 動物用医薬品128成分一斉検査 <input type="checkbox"/> ニトロフラン類4項目 <input type="checkbox"/> ジヒドロストレプトマイシン及びストレプトマイシン <input type="checkbox"/> その他一斉検査・カスタマイズプラン (はちみつ専用プラン (2項目検査一式) オキシテトラサイクリン・ミロサマイシン) <input type="checkbox"/> その他	
納期(郵送による)	<input checked="" type="checkbox"/> 受入後10営業日 () <input type="checkbox"/> その他 (年 月 日)	結果速報	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input checked="" 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 checked="" 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() 指定請求 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
請求コード	5757383×			
レビューを受けての処置		承諾	審査・承認	能力承認
		顧客	検査GL	測定分析管理者
備考	基準値			作成 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)