

中部研究所用 異物分析試験依頼書

受付 No.

◎ 太枠内をご記入下さい。

(株)キューサイ分析研究所

| | | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|------|-----|---------------------|
| 記入年月日 | | 20〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | | |
| フリガナ | カブシキカイシャ〇〇シヨクビン | | | | | |
| 御社名 | 株式会社〇〇食品 | | | | | |
| フリガナ | ヒンシツホシヨウブ | フリガナ | ヤマダ タロウ | | | |
| 部署名 | 品質保証部 | ご担当者様 | 山田 太郎 (印) | | | |
| ご住所 | 〒 461 - 〇〇〇〇 愛知県名古屋市中区徳川〇丁目〇 - 〇 | | | | | |
| TEL | (052) 979 - 〇〇〇〇 | FAX | (052) 979 - 〇〇〇〇 | | | |
| メールアドレス | t_yamada@〇〇.co.jp | | | | | |
| 検査成績書宛名 | 株式会社〇〇食品 | | <small>※検査成績書に記載。 ※ご指定の無い場合は御社名を記載いたします。</small> | | | |
| 検体ご発送日 | 6 月 8 日 (月) | 検査成績書(写し)納品希望日 | 6 月 12 日 (金) | | | |
| | | 検査成績書(原本)着希望日(ございましたらご記入下さい) | 6 月 18 日 (月) | | | |
| 分析終了後の検体について | <input type="checkbox"/> 返却 | <input checked="" type="checkbox"/> 廃棄 | <small>※ 返却の場合、送料はお客さまのご負担とさせていただきます。 なお、未記入の場合は廃棄させていただきます。</small> | | | |
| 検査成績書(写し)納品方法 | <input type="checkbox"/> FAX 又は <input checked="" type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> ご不要 <small>※後日、別途原本を郵送させていただきます。</small> | | | | | |
| 御 社 ご 記 入 欄 | No. | 検体名 (検査成績書に記載) | 検体の主成分 | 分析項目 | 風袋数 | 1風袋 当りの 重量(g) |
| | 1 | 異物 | | | 1 | |
| | 2 | | | | | |
| | 3 | | | | | |
| | 4 | | | | | |
| | 5 | | | | | |
| 備考 | その他、ご要望等ございましたらご記入ください。 | | | | | |

想定される主成分をご記入ください

例：デンプン質

- 【注意事項】 ご依頼前に必ずご確認ください。**
1. ご発注金額は別途送付の見積書のとおりとなります。※分析内容の変更等により価格が変更となる場合は、改めて見積書を発行いたします。
 2. 検査成績書(写し)の納品先はご指定が無い場合、当依頼書に記載のメールアドレスまたはFAX番号とさせていただきます。
 3. 検査成績書(原本)は、ご指定の無い場合、検査成績書(写し)納品の翌営業日(土日祝日除く)に当依頼書に記載の住所宛に普通郵便にて発送いたします。
 4. 分析業務のご発注にあたっては、弊社が準備する『約款』が適用されます。

ご依頼方法

① 当分析試験依頼書をご記入後、検体ご発送前に下記番号までFAXをお願いします。
FAX : 0940-37-3991 (ご注意:FAX送付先は福岡県にある本社となります)
 ※検体送付の際にはFAX頂いた分析試験依頼書の同梱をお願い致します。

② 検体の発送先および技術的なお問い合わせ
 〒461-0025 愛知県名古屋市中区徳川1丁目901 サンエース徳川404
 株式会社キューサイ分析研究所 中部研究所 (TEL:052-979-2278)



弊社記入欄

| | | |
|---|--------------|--|
| 検査成績書(写し)納品予定日 (Email ・ FAX) | 月 日 () | <small>※ 検体によっては予定日に納品できない場合がございます。 予めご了承ください。</small> |
| ※ 検査成績書(原本)は、ご指定の無い場合、検査成績書(写し)納品の翌営業日(土日祝日除く)に当依頼書に記載の住所宛に普通郵便にて発送いたします。 | | |
| 総額: | 円(税別) | ※ 検査費用は、検査成績書(写し)納品当月請求 翌月末日(土日祝日の場合は金融機関の前営業日)迄に現金振込にてお支払をお願いいたします。 |
| 試料着日 | 月 日 | 検査成績書発行日 月 日 |
| | 検査成績書発送日 月 日 | 営業担当者 |