

分析試験依頼書

厚生労働省 登録検査機関
ISO/IEC 17025 認定試験所
(株)キューサイ分析研究所

受付 No.

太枠内をご記入下さい。

記入年月日		年	月	日	
フリガナ					
御社名					
フリガナ	フリガナ				
部署名	ご担当者様				
ご住所	〒 -				
TEL	() -	FAX	() -		
メールアドレス					
検査成績書宛名	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。				
検査成績書標題	検査成績書に記載。ご指定の無い場合は検体名を記載いたします。				
検体ご発送日	月	日 ()	検査成績書(写し)納品希望日	月 日 ()	
			検査成績書(原本)着希望日をご希望でしたらご記入下さい	月 日 ()	
分析終了後の検体について	<input type="checkbox"/> 返却	<input type="checkbox"/> 廃棄	返却の場合、送料はお客様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。		
検査成績書(写し)納品方法	<input type="checkbox"/> FAX 又は <input type="checkbox"/> Email		<input type="checkbox"/> ご不要 後日、別途原本を郵送させていただきます。		
No.	検体名 (検査成績書に記載)	検体の主成分 (加工品等の場合ご記入をお願いいたします)	分析項目	風袋数	1風袋当りの重量(g)
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。				


一斉分析をご依頼の際はプラス分析がお得です
一般生菌数3割引
アフラトキシン1割引他(詳しくはお問い合わせ下さい)

【注意事項】 ご依頼前に必ずご確認ください。

- 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。
- 検査成績書(写し)の納品先はご指定が無い場合、当依頼書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。
- 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)に当依頼書記載の住所宛に普通郵便にて発送いたします。

ご依頼方法

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
 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。
 検体の発送先および技術的なお問い合わせ
 〒811-3422 福岡県宗像市王丸411-1
 株式会社キューサイ分析研究所 (TEL:0940-37-8070)



弊社記入欄

検査成績書(写し)納品予定日(Email ・ FAX) 月 日 () 検体によっては予定日に納品できない場合もございます。予めご了承ください。

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
------	---	---	----------	---	---	----------	---	---	-------