

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.

太枠内を必ずご記入下さい。

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							
成績書宛名		検査成績書に記載					
成績書標題							
検体ご発送日		月 日		ご報告 (mail・FAX) 希望日		月 日	
				成績書 (原本) 着希望日をごございま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) ご送付方法		<input type="checkbox"/> FAX		又は <input type="checkbox"/> Email		<input type="checkbox"/> ご不要 (後日、別途原本をご送付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							
ご報告予定日 (Email ・ FAX)				月 日 ()		検体によっては予定日にご報告できない事もございます。 予めご了承ください。	
成績書原本到着予定日				月 日 ()		上記ご報告日翌営業日に郵送いたします。お手元に届くまで、3~4日程かかります。予めご了承ください。	

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(詳しくはお問合せ下さい)

当依頼書はご記入後、下記番号までFAXをお願いします。

FAX : 0940-37-3991 (TEL:0940-37-8070)

検体の発送先および技術的なお問合せ 検体送付の際には でFAX頂いた依頼書の同封をお願い致します。

株式会社キューサイ分析研究所

〒 811-3422 福岡県宗像市大字王丸411-1

TEL:0940-37-8070

弊社記入欄

試料着日	月	日	成績書発行日	月	日	成績書発送日	月	日	営業担当者
------	---	---	--------	---	---	--------	---	---	-------

検査費用は、検査結果報告当月請求 翌月末お支払いにてお願いいたします。