

一カビ毒検査依頼書一

(見積依頼 発注)

1. ご依頼日 ○○○○ 年 ○ 月 ○ 日

2. ご依頼者 氏名 分析 太郎 役職

会社名 株式会社○○ 部署名 ○○工場

所在地 〒***-***-*** ○○県○○市○○○

TEL. ***-***-*** FAX. ***-***-***

e-mail ○○○○@○○○○

*ご記入頂いた個人情報は、ご依頼頂いた試験に関する業務の為に利用し、その他の目的では利用いたしません。

3. 報告書及び請求書の送付先 (*ご依頼者と異なる場合にかぎりご記入ください。)

報告書 請求書

4. ご依頼サンプル (検査項目は、下欄から選んで番号をご記入下さい。)

NO.	検体名(報告書に記載する名称)	検査項目	送付検体量	保存方法	お客様使用欄
1	サンプル1	①		<input checked="" type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	
2	サンプル2	②		<input type="checkbox"/> 冷蔵 <input checked="" type="checkbox"/> 冷凍	
3				<input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	
4				<input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	
5				<input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	

①総アフラトキシン(アフラトキシンB1、B2、G1、G2) ②個別分析(検査項目は、下欄にご記入下さい)

5. ご要望事項

②個別分析:デオキシニバレノール

【注意事項】必ずご確認ください。

1. 検体の送付量は1kgです。パック類などに包装された食品は開封せずにご送付ください。量が満たない場合は、検査ができない場合がございますので、あらかじめご連絡ください。
2. 検査依頼書に必要事項を記入し、事前にFAXでご送付ください。検査依頼書は、検体に添付して、宅配便でお送りください。送付の際は、その食品に適した保存条件でご送付ください。(クール宅急便などをご利用ください)受領するまでの間に発生した腐敗・破損などにより、検体が不可能となった場合、その責任を負いかねます。なお、検体送付にかかる料金は、ご依頼者にてご負担願います。
3. 送付された検体は検査終了後、一定期間保管した後に破棄させていただきます。
4. 検査結果は、供与された試料についての結果であり、当該試料の母集団を保証もしくは認証するものではありません。
5. 弊社は、検査結果についてのみ責任を負い、検査結果の取り扱いおよび本結果から発生するトラブルや損害などの一切の問題について免責されるものと致します。
6. 弊社は、ご依頼者から検査依頼があった事実および検査結果を、ご依頼者の同意なくしてご依頼者以外の第三者には漏洩いたしません。ご要望がございましたら、守秘契約書もご用意いたしますのでご連絡ください。
7. その他、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

RIBM 株式会社 生体分子計測研究所 (広島研究所)

〒739-0046 広島県東広島市鏡山3-13-60 広島起業化センター(クリエイトコア)15号室

TEL:082-431-4521 FAX:082-431-4522 HP: <http://www.ribm.co.jp> / e-mail: shokuhin@ribm.co.jpFAX:082-431-4522 MAIL: shokuhin@ribm.co.jp ◆事前にFAXまたはメールをお願いします