

試験検査依頼書

依頼者*	会社名	部課名	担当者 (フリガナ)
	住所 〒	TEL FAX メール (ハイフン、アンダーバー、大文字、小文字等は識別できるようにご記入下さい。)	

*当会から試験検査についてお問合せをする場合がございますので窓口になる方についてご記入下さい。

以下は上記と異なる場合のみご記入下さい

成績書宛名 (英文成績書が必要な場合は英文名)	会社名 (英文名)	英文成績書 発行希望 (1枚2,000円(税別)) 希望する・希望しない	
成績書送付先	会社名	部課名	担当者 (フリガナ)
	住所 〒	TEL FAX	
請求書宛名	会社名 住所 〒		
請求書送付先	会社名	部課名	担当者 (フリガナ)
	住所 〒	TEL FAX	

成績書・請求書・見積書の発行についてご要望のある方は備考又は別紙に詳細をご記入下さい。

希望納期	普通 ・ 特急 (月 日まで) (特急の場合は料金が5割増となります。)	成績書発送前のご連絡 : 希望する ・ 希望しない ご連絡方法 : FAX ・ メール ・ TEL			
成績書の発送方法	郵送・来所	保存方法	常温・冷蔵・冷凍	検体数	全 検体
検体返却	要 ・ 不要	返却のご希望がない場合は、試験終了一定期間経過後破棄となります。また、着払いでの返却となりますのでご了承下さい。お急ぎの場合等は備考欄にご記入下さい。			
当会は、栄養成分等の一部項目について、ISO/IEC17025 試験所認定を取得しております。 対応した検査のご希望の有無をご記入下さい。詳細はお問い合わせ下さい。					有 ・ 無

* : スペースが足りない場合は「別紙記載」として別紙にご記入下さい。

依頼目的*	
供試品名*	(英文成績書が必要な場合は英文名も併せてご記入下さい。)
依頼検査項目 (ISO/IEC17025 対応項目)*	(ご希望の検査項目及び方法に○印をつけてください。対応可否の詳細はお問い合わせください。) 【有害物質】 ・3-MCPD 脂肪酸エステル、・2-MCPD 脂肪酸エステル、・グリシドール脂肪酸エステル: 基準油脂分析試験法 2.4.14-2016 Joint JOCs/AOCS Official Method Cd 29d-19 【カビ毒】 ・総アフラトキシン(B1, B2, G1, G2): 多機能カラム法 【油脂試験】 ・酸価: 基準油脂分析試験法、 ・過酸化価: 基準油脂分析試験法 (電位差滴定法) ・総トランス脂肪酸(t-C18:1, t-C18:2, t-C18:3) (AOCS Official Method Ce 1h-05) 【栄養成分】 ・脂質: 溶融脱水法、酸分解法 ・水分: 常圧乾燥-乾燥助剤法、カールフィッシャー法
備考*	(見積書の発行、検体調製方法、試験方法等の注意点、規格値、推定値などがございましたらご記入下さい)

(別 紙)

依頼目的、供試品名、依頼検査項目、備考欄のスペースが足りない場合はこちらにご記入ください。