

食品成分分析/残留農薬・動物用医薬品検査 依頼書

※本枠内は、必ずご記入ください！

発送日 年 月 日 輸送温度 冷蔵 冷凍 常温

■ご依頼者様情報

(該当する輸送温度に☑してください。)

会社名 〇〇〇〇 株式会社	会員No.
部署名 マイラボ食品検査センター	役職名
所在地 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756-5	担当者名 鈴鹿 一郎
TEL 059-379-0077	FAX 059-367-7610
E-mail	

料金請求先が依頼者様と異なる場合、連絡事項に記入、または別紙にて連絡をお願い致します。

■成績書送付先 (ご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

会社名 △△△△ 株式会社	TEL △△△-△△△-△△△△
部署名 △△部	役職名
所在地 〒△△△-△△△△ 三重県四日市市△△-△	担当者名 鈴鹿 二郎

■成績書宛名 (成績書に記載する宛名がご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

株式会社 **□□□□**

納入先・仕入先等、依頼者様と異なる場合はご記入ください。

■検査項目一覧 (該当する項目を☑して下さい。また一覧にない項目は、上記にない項目またはその他にご記入ください。)

栄養成分分析	
<input type="checkbox"/> 栄養成分7項目 (エネルギー、水分、たんぱく質、脂質、炭水化物、灰分、ナトリウム(+食塩相当量))	
<input type="checkbox"/> 栄養成分8項目 (エネルギー、水分、たんぱく質、脂質、糖質、食物繊維、灰分、ナトリウム(+食塩相当量))	
<input type="checkbox"/> 栄養成分8項目 (低分子水溶性食物繊維を含む) (エネルギー、水分、たんぱく質、脂質、糖質、食物繊維(HPLC)、灰分、ナトリウム(+食塩相当量))	
注) 以下の内容に考慮が必要な場合は、該当する項目に☑して下さい。(※実施には別途料金が発生致します。)	
<input type="checkbox"/> 考慮不要(追加検査不要)	<input type="checkbox"/> カフェインやタンニンを検査し熱量計算から差し引きたい。
<input type="checkbox"/> 液体なので結果を100ml表示したい。	<input type="checkbox"/> 低カロリー糖類を添加しているので熱量計算に考慮したい。
<input type="checkbox"/> アルコールや有機酸を多く含むので熱量計算に考慮したい。	
その他	
<input type="checkbox"/> 比重	<input type="checkbox"/> pH値
<input type="checkbox"/> 水分活性	<input type="checkbox"/> 糖度Brix
<input type="checkbox"/> 酸価(AV)	<input type="checkbox"/> 過酸化価(POV)
<input type="checkbox"/> カルシウム	<input type="checkbox"/> 鉄
<input type="checkbox"/> ナトリウム	<input type="checkbox"/> ビタミンA
<input type="checkbox"/> ビタミンC	<input type="checkbox"/> ビタミンE
残留農薬・動物用医薬品	
<input type="checkbox"/> 一斉分析250項目(加工品)	<input type="checkbox"/> 一斉分析200項目(国産生鮮農産物)
<input type="checkbox"/> 一斉分析250項目(農産物)	
上記にない項目	

■検体情報詳細 (検査に必要な情報となります。必ずご記入ください。)

1. 原材料 (裏表示がない場合は、ご記入いただくか、別紙添付にてお答えください。)

2. 検査部位 (あてはまるものを全てご記入ください。)

液体+固体の混合検体(ドリップ等) (液体・ドリップを含み全体混合 固体部分のみ 液体部分のみ)

魚や肉、野菜(皮や骨がある) (皮や骨をすべて含む 皮や骨を除いた可食部のみ)

付属物がある場合(刺身のツマ、調味料等) (付属物を含み全体混合 付属物を除く)

■依頼内容 (期限日と特記事項は、成績書記載が必要な場合にご記入ください。)

No.	検体名	期限日	特記事項(製造日など)	検査項目(例 ☑検体No.1と同じ)
1		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		その他: その他: その他:
2		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他: その他:

■連絡事項 (その他ご要望をお書きください。また納期指定がある場合は、☑および納期をご記入ください。)

納期指定 (月 日までに FAX着 成績書着)

送付先) 株式会社未来 マイラボ食品検査センター
〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5
TEL: 059-379-0077 FAX: 059-367-7610

受付日 年 月 日	温度 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 常温	受入 <input type="checkbox"/> 運送 <input type="checkbox"/> 顧客持込 <input type="checkbox"/> 担当持込	確認 印
-----------	--	--	------

検査方法、保存方法、検査部位の指定があればご記入ください。

納期指定が有る場合チェックを付けてください。標準納期より短い場合は確認の連絡をいたします。