

試験分析依頼書

大阪

オフィス専用

依頼書
送付先

まず依頼書を FAX 下さい

㈱ハウス食品分析テクノサービス 大阪オフィス 宛

FAX: 06-6788-6513

TEL: 06-6781-6210

試験品
送付先

お持ち下さい! 試験品の送付先はご依頼内容を確認した後、弊社よりご連絡致します。
 大阪オフィス: 〒577-0036 大阪府東大阪市御厨栄町1-5-7 TEL:06-6781-6210
 関西事業所: 〒639-1032 奈良県大和郡山市池沢町337 TEL:0743-59-0775
 千葉本社: 〒284-0033 千葉県四街道市鷹の台1-4 TEL:043-237-5676

* 太枠内にご記入ください。

ご依頼者	フリガナ					フリガナ				
	住所	〒				ご依頼者名				
	フリガナ					所属				
	会社名	TEL	FAX	E-mail						
* 報告書類の送付先、請求書送付先が上記と異なる場合は下記にご記入下さい。						受付日	年 月 日			
報告書類送付先	〒 TEL				受付番号					
請求書送付先	〒 TEL				結果報告予定日	年 月 日				
報告書類のご利用用途	他の企業様 お客様へ提出		自社内で利用 バックデータ、モニタリング 工程改善に活用など		試験品発送日()	年 月 日				
○をお付け下さい	※必須ではありません。できるだけ用途に沿った形でのご提供を心がけております。				試験品到着日()	年 月 日				
報告希望日	年 月 日				試験品受付					
見積り番号	試験料金入金予定日 年 月 日				1. 持ち込み() 2. 郵送 () 年 月 日着					
						試験品受付温度帯				
						1. 常温 2. 冷蔵 3. 冷凍				

※ご記入いただいた試験品名が報告書類に記載されます。報告書類発行後の試験品名の変更は出来かねますので、ご注意ください。

試験品名	ロット番号 (返却: 必要・不要) (破壊: 可・不可)	試験項目	<input type="checkbox"/> 異物分析 <input type="checkbox"/> 微生物検査 <input type="checkbox"/> 包装材料検査 <input type="checkbox"/> その他()	分析料金	円
試験品名	ロット番号 (返却: 必要・不要) (破壊: 可・不可)	試験項目	<input type="checkbox"/> 異物分析 <input type="checkbox"/> 微生物検査 <input type="checkbox"/> 包装材料検査 <input type="checkbox"/> その他()	分析料金	円
試験品名	ロット番号 (返却: 必要・不要) (破壊: 可・不可)	試験項目	<input type="checkbox"/> 異物分析 <input type="checkbox"/> 微生物検査 <input type="checkbox"/> 包装材料検査 <input type="checkbox"/> その他()	分析料金	円
【異物分析項目】 ①プラスチック・ゴムの同定 ②金属の同定 ③ガラス・石・陶磁器の同定 ④光学顕微鏡写真撮影 ⑤電子顕微鏡写真撮影 ⑥毛髪・虫の加熱履歴検査				合計請求額	
【微生物検査項目】 ①一般生菌数 ②大腸菌群数 ③大腸菌数 ④真菌(カビ・酵母)数					
【包装材料検査項目】 ①ピンホール試験 ②材質構成の特定(FT-IR・DSC) ③強度試験(突き刺し強度、引っ張り強度)				円	

※試験内容・試験結果などについては機密を保持し、ご依頼いただいた方以外からの問い合わせにはお答えしません。別途、守秘契約をご希望の方は、ご相談させていただきます。

※試験分析成績書発行後は、宛先、試験品名は変更できませんので、お間違えのないようお願いいたします。

※「至急」の場合は、料金が5割増となります。

※提出された試験品等は、ご依頼の際に返却を希望されなかった場合、廃棄します。

※試験方法は、特にご指定のない場合、弊社の方法によります。

お問い合わせは、電話 06-6781-6210、ファクス 06-6788-6513 をお願いいたします。