

## 検査申込書 (残留農薬検査用)

株式会社北陸環境科学研究所

食品検査センター 行

太枠内は、記載必須事項となっております

試験所  
確認欄

ご依頼日	令和 年 月 日			<input type="checkbox"/>
フリガナ		フリガナ		
ご依頼者名 又は貴社名	①	ご担当者名		<input type="checkbox"/>
		部署名		
住所	〒			<input type="checkbox"/>
電話・FAX	( TEL )	( FAX )		
E-mail				<input type="checkbox"/>
お支払条件	<input type="checkbox"/> 成績書・請求書到着後		日以内	
	<input type="checkbox"/> 日締め		日支払	
検体発送時の温度	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍			<input type="checkbox"/>
残試料の取扱い	<input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 廃棄	ご指定ない場合は廃棄します。返却の場合送料はお客様のご負担となります		
容器の取扱い	<input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 廃棄			

ご請求先がご依頼者と異なる場合は必ずご記入ください。

フリガナ		( TEL )	<input type="checkbox"/>
ご請求先名		( FAX )	
住所	〒		

### 検査内容

報告書宛名		報告書部数	部 (1部追加につき500円)	<input type="checkbox"/>	
報告書様式	<input type="checkbox"/> 英文 (手数料がかかります。1部1,000円～) 指定がない場合は和文の様式になります。				
試料名 (検査成績書にそのまま記載します)		検査項目			
●		<input type="checkbox"/> ポジティブリストー斉分析245化合物 <input type="checkbox"/> ポジティブリストー斉分析314化合物 <input type="checkbox"/> クロルピリホス (ISO/IEC 17025認定マーク付き成績書) 試験方法の変更 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他変更・指示の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他の項目の場合下記空欄にご記入お願いします。			
●					
●					
計	検体				
特記事項 (検査成績書にそのまま記載します)					
連絡事項		検査会社記入	単価	検体数	合計
		検査手数料 (税抜き)	×	=	

#### <注意事項>

- ・貴社製品以外のご依頼はあらかじめご相談ください。
- ・当社ホームページに記載の業務委託約款を必ずご確認の上ご依頼ください。(http://www.hokukanken.jp)
- ・お申し込みにかかる契約の内容については、業務委託約款で定める条項が適用されます。

【試料送付先】株式会社北陸環境科学研究所 〒910-0026 福井市光陽4-4-27 TEL : 0776-22-2774 Fax:0776-22-1701	受領印
---	-----