

■ 検査依頼に関するお問い合わせ
株式会社BMLフード・サイエンス

TEL:03-5988-0217

この検査依頼書をFAXした後、検体に添付してお送りください

■ 検体送付先
株式会社BMLフード・サイエンス 理化学グループ
〒350-1101 埼玉県川越市の場1549-7 TEL:049-227-3851

検体到着
予定日 20 年 月 日

栄養成分検査依頼書 (大阪事業所)

①貴社情報をご記入ください

貴社名(ご請求先)	所属・店舗名等
報告書宛名 (貴社名と異なる場合)	ご担当者名 TEL() FAX()

②依頼検体の輸送方法、輸送温度にチェックを入れてください

輸送方法	宅配便・郵便	持ち込み	その他
------	--------	------	-----

※検体の種類に合わせて、冷蔵、冷凍、常温でお送りください

輸送温度	冷蔵 (10℃以下)	冷凍	常温
------	---------------	----	----

③検査する項目をチェックしてください

8項目 : 熱量、たんぱく質、脂質、炭水化物、ナトリウム、食塩相当量、水分、灰分	
10項目 : 熱量、たんぱく質、脂質、炭水化物、糖質、食物繊維、ナトリウム、食塩相当量、水分、灰分	

④その他項目

その他 (右欄へ記載)	
----------------	--

⑤ご報告する検査結果の単位をチェックしてください

1食当り
 100g当り 100ml当り(比重検査を追加いたします)

弊社で測定した重量を1食とする
 検体情報記載の検体重量を1食とする

⑥お送りいただく検体の名称・情報をご記入ください(検体は200g以上必要です) ※検体名称・付記事項はご記入の通りに報告書に記載します
検体部位の指定がある場合は連絡事項の欄にご記入ください(ご指定の無い場合、可食部を対象として検査します)

検体 No.1	検体名称		弊社管理欄(ご記入不要)
	報告書に付記する事項	検体重量(g/1食)	
	連絡事項	検査除外部位 有 <input type="checkbox"/> 除外部位:	
検体 No.2	検体名称		弊社管理欄(ご記入不要)
	報告書に付記する事項	検体重量(g/1食)	
	連絡事項	検査除外部位 有 <input type="checkbox"/> 除外部位:	
検体 No.3	検体名称		弊社管理欄(ご記入不要)
	報告書に付記する事項	検体重量(g/1食)	
	連絡事項	検査除外部位 有 <input type="checkbox"/> 除外部位:	
検体 No.4	検体名称		弊社管理欄(ご記入不要)
	報告書に付記する事項	検体重量(g/1食)	
	連絡事項	検査除外部位 有 <input type="checkbox"/> 除外部位:	

⑦その他連絡事項をご記入ください

弊社管理欄(ご記入不要)

受注No.	得意先コード	店舗コード	確認	受付
備考欄				