

■ 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

栄養成分検査依頼書

検体到着
予定日 2023年9月1日

① 貴社情報をご記入ください

貴社名(ご請求先) 〇〇株式会社	所属・店舗名等 △△工場
報告書宛名 (貴社名と異なる場合) 見本	ご担当者名 佐藤 太郎
TEL(XX-XXXX-XXXX) FAX(XX-XXXX-XXXX)	

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

※検体の種類に合わせて、冷蔵、冷凍、常温でお送りください

輸送方法	宅配便・郵便 <input checked="" type="checkbox"/>	持ち込み <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>
輸送温度	冷蔵 (10℃以下) <input type="checkbox"/>	冷凍 <input type="checkbox"/>	常温 <input checked="" type="checkbox"/>

③-1 検査する項目をチェックしてください

栄養成分 8項目セット	熱量、たんぱく質、脂質、炭水化物、ナトリウム、水分、 灰分、食塩相当量	栄養成分 10項目セット	熱量、たんぱく質、脂質、炭水化物、糖質、食物繊維、 ナトリウム、水分、灰分、食塩相当量
----------------	--	-----------------	--

③-2 栄養成分単項目を希望される場合、ご依頼の検査項目を記載ください

熱量、たんぱく質、脂質、炭水化物、糖質、食物繊維、 ナトリウム、水分、灰分、食塩相当量 上記より選択のうえ記載ください。→	
---	--

③-3 栄養成分の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

④ その他、ミネラル、脂肪酸等の検査を希望される場合、ご依頼の検査項目を記載ください

その他(ミネラル、脂肪酸等) 右欄へ記載ください。→	糖類(5項目)、トランス脂肪酸、飽和脂肪酸	※脂肪酸については、 油脂の抽出が1回で出 来ない場合、再抽出の ため「抽出料金」が追 加で発生します。
-------------------------------	------------------------------	--

⑤ お送りいただく検体の名称・情報をご記入ください(検体必要量は事前にお問い合わせください)

※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)

検体 No.1	検体名称	リーフパイ
	報告書に付記する 事項	製造日:2023年8月31日
	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	
	報告書に付記する 事項	検体重量(g/1食)
	連絡事項	有 <input type="checkbox"/> 除外部位:
検体 No.3	検体名	
	報告書に付 事項	(g/1食)
	連絡事	

検査除外部位がある場合はチェックおよび除外部位
をご記入ください。
例: エビの尻尾 等

除外部位のチェック・記載が無い場合は検体全てを

検査の注意事項のご記入をお願いいたします。
例: 重量の関係で同一検体を2個送って
いますが、1検体として検査してください。

⑥ 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				