

株式会社BMLフード・サイエンス 東京事業所
 ■この依頼書をFAXした後、検体に添付してお送りください。

■ 検体送付先

FAXNo. 03-5988-0259

(株)BMLフード・サイエンス 理化学グループ
 〒350-1101 埼玉県川越市的場1549-7 TEL:049-227-3851

■検査依頼に関するお問い合わせは 03-5988-0217

栄養成分検査依頼書

検体到着 予定日	2	0														年				月					日
-------------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	---

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			
成績書宛名 (ご依頼社と違う場合)				②依頼検体の送り方等をチェックしてください			
ご担当者名				輸送方法	<input type="checkbox"/> 宅配便・郵便	<input type="checkbox"/> 持ち込み	<input type="checkbox"/> その他
TEL() FAX()				輸送温度	<input type="checkbox"/> 冷蔵 (10℃以下)	<input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温

③検査する項目をチェックしてください

<input type="checkbox"/>	7項目:熱量、水分、蛋白質、脂質、灰分 ナトリウム、炭水化物
<input type="checkbox"/>	8項目:熱量、水分、蛋白質、脂質、灰分 ナトリウム、糖質、食物繊維

④換算に必要な追加検査項目

<input type="checkbox"/>	食塩相当量	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/>	比重	

⑤その他表示しようとする栄養成分

<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--

⑥ご報告する検査結果の単位をチェックしてください

<input type="checkbox"/> 1食当り	→	<input type="checkbox"/> 実測値を1食として1食当り
<input type="checkbox"/> 100g当り <input type="checkbox"/> 100ml当り(④に比重検査を記入)	→	<input type="checkbox"/> 1食を検体情報記載の値に換算して1食当り

⑦お送りいただく検体の名称・情報をご記入ください(検体はそれぞれ200g以上必要です) ※ご記入の通りに成績書に記載します

検体 No.1	検体名称		BFS管理欄(ご記入不要)
	検体情報	換算値(g/1食)	記入しないでください
	特記事項 検査注意事項等		
検体名称		BFS管理欄(ご記入不要)	
検体 No.2	検体情報	換算値(g/1食)	記入しないでください
	特記事項 検査注意事項等		
	検体名称		
検体 No.3	検体情報	換算値(g/1食)	記入しないでください
	特記事項 検査注意事項等		
	検体名称		
検体 No.4	検体情報	換算値(g/1食)	記入しないでください
	特記事項 検査注意事項等		
	検体名称		
検体 No.5	検体情報	換算値(g/1食)	記入しないでください
	特記事項 検査注意事項等		
	検体名称		

BFS管理欄(ご記入不要)

受注No.						得意先コード						店舗 コード													
備考欄																				確認	受付				