

■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. 092-432-0330

(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1491 TEL:049-239-5380

■検査依頼に関するお問い合わせは 092-432-8441

一般理化学検査依頼書(食品)

検体到着 予定日	20					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)	
ご担当者名	
TEL() FAX()	

②依頼検体の送り方等をチェックしてください

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	<input type="checkbox"/>
輸送温度	<input type="checkbox"/>	冷蔵 (10℃以下)	<input type="checkbox"/>	冷凍	<input type="checkbox"/>	常温	<input type="checkbox"/>

③検査する項目をチェックしてください

<input type="checkbox"/> 安息香酸	<input type="checkbox"/> 食塩分(CI換算)	<input type="checkbox"/> トランス脂肪酸	
<input type="checkbox"/> ソルビン酸	<input type="checkbox"/> 酸価	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸	
<input type="checkbox"/> 亜硝酸根	<input type="checkbox"/> 過氧化物価	<input type="checkbox"/> 不飽和脂肪酸	
<input type="checkbox"/> 酸性タール系色素	<input type="checkbox"/> 可溶性固形分(Brix)	<input type="checkbox"/> コレステロール	
<input type="checkbox"/> ヒスタミン	<input type="checkbox"/> BHA		
<input type="checkbox"/> pH	<input type="checkbox"/> BHT		
<input type="checkbox"/> 滴定酸度	<input type="checkbox"/> TBHQ		
<input type="checkbox"/> 揮発性塩基窒素(VBN)	<input type="checkbox"/> アルコール分		
<input type="checkbox"/> 水分活性	<input type="checkbox"/> カフェイン		

④検査方法・部位の指定等がある場合にはご記入ください
(ご指定のない場合、可食部を対象として検査します)

--

⑤検査品返却についてチェックしてください
※送料はお客様ご負担となります(着払い)

<input type="checkbox"/> 返却必要	<input type="checkbox"/> 返却不要
-------------------------------	-------------------------------

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 No.1	検体名称	(ご記入の通りに成績書に記載します)	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください
	検体情報	(ご記入の通りに成績書に記載します)	
	特記事項	(検査目的等の注意点をご記入ください)	
検体 No.2	検体名称	(ご記入の通りに成績書に記載します)	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください
	検体情報	(ご記入の通りに成績書に記載します)	
	特記事項	(検査目的等の注意点をご記入ください)	
検体 No.3	検体名称	(ご記入の通りに成績書に記載します)	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください
	検体情報	(ご記入の通りに成績書に記載します)	
	特記事項	(検査目的等の注意点をご記入ください)	

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		