

残留農薬検査・カビ毒検査依頼書

受付印

ご依頼日 平成 年 月 日	
会社名	部署名
役職	お名前 印
住所 〒 - -	都道府県
TEL - -	FAX - -
E-mail	

結果速報のご連絡方法 (いずれかに一つにご記入下さい。)
(記載がない場合には不要となります。) E-mail · FAX · 不要

報告書宛名 (ご依頼者と宛先名が異なる場合に、ご記入下さい。)

ご依頼方法及び注意事項

該当試料 約300g(カビ毒検査・残留農薬検査を併せてご依頼の場合、約800g)を適当な容器に入れ、宅配便等で当社へお送り下さい。(試料送料は、貴社でご負担願います)
その際、本書のコピーをご記入後、同封願います。

報告期限より前にご報告する場合がございます。

食品以外の試料については検査を行っておりません。

分析項目をご記入し、 にチェックを入れて下さい。

試料名	残留農薬検査 分析項目	カビ毒検査 分析項目	
		<input type="checkbox"/> アフラトキシンB1	<input type="checkbox"/> デオキシニバレノール (DON)
	報告期限(弊社記入欄)	<input type="checkbox"/> パツリン	報告期限(弊社記入欄)
	報告期限(弊社記入欄)	<input type="checkbox"/> アフラトキシンB1	<input type="checkbox"/> デオキシニバレノール (DON)
	報告期限(弊社記入欄)	<input type="checkbox"/> パツリン	報告期限(弊社記入欄)
	報告期限(弊社記入欄)	<input type="checkbox"/> アフラトキシンB1	<input type="checkbox"/> デオキシニバレノール (DON)
	報告期限(弊社記入欄)	<input type="checkbox"/> パツリン	報告期限(弊社記入欄)
	報告期限(弊社記入欄)	<input type="checkbox"/> アフラトキシンB1	<input type="checkbox"/> デオキシニバレノール (DON)
	報告期限(弊社記入欄)	<input type="checkbox"/> パツリン	報告期限(弊社記入欄)

(備考)



〒839 0864
福岡県久留米市百年公園1 1
久留米リサーチセンタービル1F
TEL:0942 36 3100
FAX:0942 36-3101

確認印(弊社記入欄)		
受注責任者	分析責任者	精度管理

弊社は当分析結果に限り責任を負うものであり、分析結果の取り扱い、あるいは分析結果によって生じる問題について関与するものではありません。