

# 試験依頼書

一般財団法人 日本冷凍食品検査協会 殿

各注意事項に同意し、下記の通り依頼します。太枠内のみご記入ください。

全削協会員様用

会社名	フリガナ	受付月日	年 月 日
	所属： 部 課 担当者： 様	受付番号	
住所	フリガナ 〒	受付区分	提出・送付 サンプリング
	TEL ( ) FAX ( )	試験区分	007000
証明書 の送付先	(一社) 全国削節工業協会 〒135-0016 東京都江東区東陽5-29-47 サンフィールドビル2階 TEL 03 (5690) 1601 FAX 03 (5690) 1631		
手数料 請求先	(一社) 全国削節工業協会 〒135-0016 東京都江東区東陽5-29-47 サンフィールドビル2階 TEL 03 (5690) 1601 FAX 03 (5690) 1631		
品名		検体数	検体
	(煮干魚類については、かえり、ちりめん等の分類も記載願います)		
付帯事項	平成 年 月 日製造 製造者： 原材料名： 包装形態及び内容量：		
試験 項目	ご依頼の項目をチェックしてください。該当項目が無い場合は直接項目をご記入ください。 <input type="checkbox"/> エネルギー <input type="checkbox"/> 食塩相当量 <input type="checkbox"/> セレウス菌 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 鉄 <input type="checkbox"/> ウエルシュ菌 <input type="checkbox"/> たんぱく質 <input type="checkbox"/> 水分活性 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> 脂質 <input type="checkbox"/> ヒスタミン <input type="checkbox"/> 赤痢菌 <input type="checkbox"/> 炭水化物 <input type="checkbox"/> ナイアシン当量 <input type="checkbox"/> 灰分 <input type="checkbox"/> 生菌数 <input type="checkbox"/> ナトリウム <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> カリウム <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌0-157 <input type="checkbox"/> カルシウム <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌		
備考			
注意事項：試験結果が出た時点で、あらかじめ成績証明書を全削協本部宛にFAX後、請求書と共に送付すること。 証明書の宛名は全削協宛となります。			

手数料		証明書発行日	月 日
-----	--	--------	-----

**※この依頼書に、試供品及び全削協指定の分析依頼書（別紙1）の写しを添えて提出してください**

- ※ 依頼する試験の内容に応じて受付所以外の施設で試験を実施することを御了承ください。
- ※ ご依頼された試験の情報及び結果は、依頼者の同意なしに他者に供覧することはありません。
- ※ 検体に対する付帯事項は、当協会が証明する事項ではありません。
- ※ 御記入いただいた社名、住所、電話番号・FAX番号、担当者名を基に、協会で開催する試験、講習会等に関する情報を送付させていただきます。場合がございましたら、御了承ください。

**注意事項**

- 1：成績書発行後は請求先、成績書上の依頼者名、検体名共に変更できません。
- 2：成績書の再発行は、発行後1年以内に限りです。
- 3：提出された検体は、原則として返却できませんので御了承ください。
- 4：貴社製品以外の商品の依頼はあらかじめご相談ください。

# 試験依頼書 (記入例)

全削協用専用書式

一般財団法人 日本冷凍食品検査協会 殿

各注意事項に同意し、下記の通り依頼します。太枠内のみご記入ください。

全削協会員様用

<b>会社名</b>	フリガナ	<b>受付月日</b>	年 月 日
	所属： 部 課 担当者：	<b>受付番号</b>	
<b>住所</b>	フリガナ 〒	<b>受付部所</b>	
	TEL ( ) FAX ( )	<b>受付区分</b>	提出・送付 サンプリング
		<b>試験区分</b>	007000
<b>証明書 の送付先</b>	(一社) 全国削節工業協会 〒135-0016 東京都江東区東陽5-29-47 サンフィールドビル2階 TEL 03 (5690) 1601 FAX 03 (5690) 1631	今後内容に変更があった場合は検査協会にて書式変更を行い、全削協本部より再配信いた	
<b>手数料 請求先</b>	(一社) 全国削節工業協会 〒135-0016 東京都江東区東陽5-29-47 サンフィールドビル2階 TEL 03 (5690) 1601 FAX 03 (5690) 1631		
<b>品名</b>	品目により栄養成分の基準値が違うため、分析の参考とするために必要です		
	(煮干魚類については、かえり、ちりめん等の分類も記載願います)		
<b>付帯事項</b>	平成 年 月 日製造 製造者： 原材料名： 包装形態及び内容量：	証明書の標記事項はここに記入された事項となりますので、全項目の記入をお願いします	
<b>試験 項目</b>	ご依頼の項目をチェックしてください。該当項目が無い場合は直接項目をご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> エネルギー	<input type="checkbox"/> 食塩相当量	<input type="checkbox"/> セレウス菌
	<input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 鉄	<input type="checkbox"/> ウエルシュ菌
	<input type="checkbox"/> たんぱく質	<input type="checkbox"/> 水分活性	<input type="checkbox"/> サルモネラ
	<input type="checkbox"/> 脂質	<input type="checkbox"/> ヒスタミン	<input type="checkbox"/> 赤痢菌
	<input type="checkbox"/> 炭水化物	<input type="checkbox"/> ナイアシン当量	今までに依頼をお受けした項目を挙げてあります 項目が不足している場合は加筆してください
	<input type="checkbox"/> 灰分	<input type="checkbox"/> 生菌数	
	<input type="checkbox"/> ナトリウム	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	
	<input type="checkbox"/> カリウム	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌0-157	
	<input type="checkbox"/> カルシウム	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	試験品に関する注意事項や、証明書に併記したいが該当欄が無い事柄、その他の連絡事項等の記載欄必ず記載する必要はありません
<b>備考</b>			
注意事項：試験結果が出た時点で、あらかじめ成績証明書を全削協本部宛にFAX後、請求書と共に送付すること。証明書の宛名は全削協宛となります。			

手数料	証明書発行日	月 日
-----	--------	-----

**※この依頼書に、試供品及び全削協指定の分析依頼書 (別紙1) の写しを添えて提出してください**

- ※ 依頼する試験の内容に応じて受付所以外の施設で試験を実施することを御了承ください。
- ※ ご依頼された試験の情報及び結果は、依頼者の同意なしに他者に供覧することはありません。
- ※ 検体に対する付帯事項は、当協会が証明する事項ではありません。
- ※ 御記入いただいた社名、住所、電話番号・FAX番号、担当者名を基に、協会で実施する試験、講習会等に関する情報を送付させていただきます 場合がございますので、御了承ください。

**注意事項**

- 1：成績書発行後は請求先、成績書上の依頼者名、検体名共に変更できません。
- 2：成績書の再発行は、発行後1年以内に限りです。
- 3：提出された検体は、原則として返却できませんので御了承ください。
- 4：貴社製品以外の商品の依頼はあらかじめご相談ください。