

異物検査依頼書

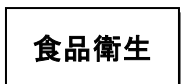
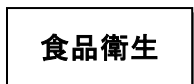
一般社団法人 広島市食品衛生協会
食品検査センター 宛

受付年月日	
受付番号	

下記検体の検査をお願いします。

依頼者名 (成績書宛名)		担当者名	
住所			
電話・FAX	TEL	FAX	
E-mail			

検体名称				
特記事項	※ 比較対照品は別途検査費用を頂戴します		検体の返却	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 検査により検体が残らないことがあります
発見時の状況 (参考事項)				
その他要望等 (検査部位や検査法など)				
検査報告書	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来所受取		速報の希望	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 E-mail、FAX、電話
検査項目 (検査センター使用欄)	観察(顕微鏡を含む)+報告書	1検体	5500円	
	追加検査			
	追加検査			
	追加検査			合計
所見 (検査センター使用欄)				



一般社団法人 広島市食品衛生協会 食品検査センター
〒730-0043 広島市中区富士見町11番27号
TEL (082)542-8838 FAX (082)249-2466
E-mail: kensacenter-info@cure.ocn.ne.jp