

栄養・機能性成分検査依頼書

受付日： 年 月 日

検査 No.

※太枠内をご記入ください。

★印にご記入される内容は成績書に転記されます。

① _____ ④ _____

② _____ ⑤ _____

③ _____ ⑥ _____

1. ご依頼者様情報

記入日	年 月 日	TEL	
(フリガナ) ★会社名		FAX	
★ご住所	〒	緊急 連絡先	
(フリガナ) 担当者名	様	e-mail	

2. 試料情報

No.	★試料名 ※成績書に圃場番号等の記載をご希望の際は、試料名と合わせてご記入下さい。	産地 (県)	GAP 認証 (認証の種類)	検査内容	
				検査 メニュー	備考 (個別分析成分名 等)
①					
②					
③					
④					
⑤					
⑥					

3. 検査メニュー (分析成分の詳細については別表をご参照下さい)

A	β-カロテン分析検査 16,500 円 (税込)
B	ルテイン分析検査 16,500 円 (税込)
C	β-クリプトキサンチン分析検査 16,500 円 (税込)

4. 検査結果のご報告 (該当する方に☑をご記入下さい。)

報告方法	<input type="checkbox"/> 電話で速報後、成績書を郵送	<input type="checkbox"/> 成績書を郵送 (速報不要)
------	--	--

5. 備考欄 (成績書送付先、請求書送付先が依頼者と異なる場合は、下記に連絡先をご記入下さい。)

--

6. 個人情報取扱方針への同意確認 (該当する場合、☑をご記入下さい。)

個人情報取扱方針に	<input type="checkbox"/> 同意する (☑が無い場合は依頼をお受けできません)
-----------	--

常務理事	職員		その他

一般社団法人食の安全分析センター
〒880-0212 宮崎県佐土原町下那珂 5805
宮崎県総合農業試験場 管理棟 3 階
TEL : 0985-45-0328 FAX : 0985-45-0328
E-mail : info@cfssa.or.jp