

依頼日： 20 年 月 日

(一財)東京顕微鏡院 食と環境の科学センター

豊海研究所 食品営業部

担当： 宛

FAX:03-3534-2975

## 食品検査依頼書

受付番号：

受付年月日：20 年 月 日

太枠線内ご記入の上、上記までFAXにてお申込みください。

依頼者名	
ご住所	〒 ..... 都道府県 .....
ご担当者	
検査結果 連絡方法	来所 郵送 ←○で囲んでください
	<郵送の場合の送付先> ※検査結果書のFax及び郵送をご希望の場合は、料金お支払いの確認後とさせていただきます。  TEL : FAX :

試験品の名称	
表記事項等	
試験検査内容	

- 成績書発行後は、原則として依頼者名・試験品名称等の変更はできません。よくお確かめの上、ご記入ください。
- 依頼された試験品は、原則として返却ができません。
- 検査料金は、直接窓口で検査ご依頼時にお支払いください。
- 初めて検査をお申込みの場合は、直接窓口にご来所ください。
- ご遠方から検査をお申込みの場合は、検査ご依頼時に料金のお支払い方法を確認させていただきます。

一般財団法人東京顕微鏡院 食と環境の科学センター 食品営業部

お問合せ先

〒104-0055 東京都中央区豊海町5番1号 豊海センタービル4階

TEL : 03-3534-2970