

依頼日：平成 年 月 日

(財) 東京顕微鏡院 食と環境の科学センター

日本橋研究所 営業部 営業第1グループ 担当： 宛

FAX: 03-3663-9685

食品検査依頼書

太枠線内ご記入の上、上記までFAXにてお申し込みください。

受付番号：

受付年月日：平成 年 月 日

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。

財団法人東京顕微鏡院 食と環境の科学センター 営業部
お問合せ先 〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町 44-1 イマス箱崎ビル 4F
TEL：03-3663-9681

