

試験・検査依頼書 (ISO/IEC17025対応)

※依頼No.

太枠内ご記入ください。

記入日: 年 月 日

※当センター記入欄

当センターが依頼書に記載された内容を試験・検査の目的以外に使用することはありません。

だ 手 数 法 料 人 負 担 個 人 た	依頼者 (法人・個人)	〒 <input type="text"/> 名称	※依頼者CD
	担当者 (氏名)	(所属) TEL <input type="text"/> FAX <input type="text"/>	※事業所CD
上 記 以 外 を 希 望 す る 場 合	請求先送り先 (部署等)	〒 <input type="text"/> 担当部署・担当者: TEL <input type="text"/>	※事業所CD
	証明書宛名 (元請・発注者等)		※あて名CD
	証明書送付先 (別途希望の場合)	〒 <input type="text"/> 名称	

1試料につき、1枚の依頼書が必要です。

証 明 書 記 載 事 項	試料区分(種別) : JA米・米粉用・飼料用米・その他(
	試料名 :			
	採取場所 :	採取日: <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	採取者 :	所属: <input type="text"/> 氏名: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 所属・氏名を記載しない(依頼者採取)	
試 料 の 情 報	分 析 依 頼 項 目	<input checked="" type="checkbox"/> 全て依頼 → <input type="checkbox"/> 残留農薬47項目 (ISO/IEC17025対象項目)		
		MCPA	アセタミプリド	アゾキシストロビン
		イミダクロプリド	インダノファン	エトキシスルフロ
		オキサジアルギル	オキサジクロメホン	オキサミル
		カルプロパミド	キザロホップエチル	クミルロン
		クロチアニジン	クロマフェノジド	クロメブロップ
		シアナジン	ジウロン	ジノテフラン
		シプロジニル	シメコナゾール	ダイムロン
		チアクロプリド	チアジニル	チアメキサム
		チフルザミド	テトラクロロピホス	テトラコナゾール
		テブフェノジド	トリシクラゾール	ナプロアニリド
		ピラゾスルフロエチル	ピラゾリネート	フィプロニル
		フェントラザミド	フラザスルフロ	フラマトビル
		フルアジホップ	プロバナゾール	ベンスルフロメチル
		ベンゾピシクロ	ベンゾフェナップ	ベンダイオカルブ
ペンタリン	ボスカリド	メコブロップ (MCP)		
モノクロトホス	リニューロン			
参 考	農協名:	支店名:	生産者名:	
	品種:	ロットNo.:	サンプルNo.:	

当センターへの連絡事項:

当センターからの連絡事項:
(免責事項等)

※受付日	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	※検体番号 M12	
※発行予定日	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
※受取日	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	出発時刻: <input type="text"/> 到着時刻: <input type="text"/>	
※試料確認事項	<input type="checkbox"/> 依頼書との同一性	<input type="checkbox"/> 検査項目の整合性	<input type="checkbox"/> 免責事項の説明
	<input type="checkbox"/> 試料の状態及び量	<input type="checkbox"/> 試料の運搬状況	
支払い	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 後納 <input type="checkbox"/> 前受	成績書	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵送

交付・発送	請求	計上	発行	手数料	検査室受領	受付	受取	仮受付

公益財団法人宮城県公害衛生検査センター

TEL 022(391)1133 FAX 022(391)7988 info@miyagikougai.or.jp
〒989-3126 仙台市青葉区落合二丁目15番24号

窓口
 宅配