

無添加食品販売協同組合 検査センター 殿
下記により検査・試験を依頼致します。

年 月 日

件 名 :
試 料 数 :
報告書式 :

希望期間：普通 特急
結果表示：有姿 乾物
表 記 事 項

会社名 :	
部 課 :	担当者 :
住 所 : (〒 _____)	
電 話 :	(内線 _____)
F A X :	

項 目	試料名			概算 料金	特 記 事 項
					1. 試料の履歴
					2. クレーム関係事項
					3. 検査報告書宛先
計 (税別)					4. 御請求先
計 (税込)					

検査試験受託書

--	--	--

上記検査・試験をお引き受け致しました。 結果のご報告は 月 日 ご連絡の予定です。

無添加食品販売協同組合
検査センター

〒140-0013 東京都品川区南大井2-9-2
TEL 03 (3298) 3681 (代)
FAX 03 (3298) 3680
URL: <http://www.mutenka.or.jp/>
E-mail: kensa@mutenka.or.jp

検体受領日 月 日
受 付 者 印