

食味構成要素分析依頼書

貴社名		住所	〒 _____		
部署名		TEL	_____	FAX	_____
ご担当者名		E-mail	_____@_____	検体発送日	20 ____年 ____月 ____日

ご依頼内容(太枠内をご記入ください)

検体名	重量	検体識別記号 (口ト No.等。空白可)	検査内容 (チェックまたはご記入ください)	検体 No. (記入不要)
			<input type="checkbox"/> 食味構成要素パッケージ分析 <input type="checkbox"/> 遊離アミノ酸 <input type="checkbox"/> 核酸 <input type="checkbox"/> 脂質 <input type="checkbox"/> 脂肪酸組成 <input type="checkbox"/> 糖類 <input type="checkbox"/> ペプチド構成アミノ酸総量 <input type="checkbox"/> 融点 <input type="checkbox"/> 食感 <input type="checkbox"/> ジューシーさ <input type="checkbox"/> におい <input type="checkbox"/> 色 <input type="checkbox"/> 鮮度	<input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 食味構成要素パッケージ分析 <input type="checkbox"/> 遊離アミノ酸 <input type="checkbox"/> 核酸 <input type="checkbox"/> 脂質 <input type="checkbox"/> 脂肪酸組成 <input type="checkbox"/> 糖類 <input type="checkbox"/> ペプチド構成アミノ酸総量 <input type="checkbox"/> 融点 <input type="checkbox"/> 食感 <input type="checkbox"/> ジューシーさ <input type="checkbox"/> におい <input type="checkbox"/> 色 <input type="checkbox"/> 鮮度	<input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 食味構成要素パッケージ分析 <input type="checkbox"/> 遊離アミノ酸 <input type="checkbox"/> 核酸 <input type="checkbox"/> 脂質 <input type="checkbox"/> 脂肪酸組成 <input type="checkbox"/> 糖類 <input type="checkbox"/> ペプチド構成アミノ酸総量 <input type="checkbox"/> 融点 <input type="checkbox"/> 食感 <input type="checkbox"/> ジューシーさ <input type="checkbox"/> におい <input type="checkbox"/> 色 <input type="checkbox"/> 鮮度	<input type="checkbox"/> その他 ()
評価希望の有無: <input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 検体間対比 <input type="checkbox"/> 弊社データベース対比 <input type="checkbox"/> その他) 評価内容() <input type="checkbox"/> 希望しない				
特記事項: 検体内容の詳細、報告書や請求書の宛先(ご依頼者と異なる場合のみ)、検査に関する指示事項、その他特別な要件等についてご記入ください				

依頼書ファックス先: 045-949-4621 (問い合わせ TEL: 045-949-4664)

検体送付先: 〒224-0033 神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎東四丁目 5-17

日本認証サービス株式会社 分析事業部 宛

受付日	取扱温度	No.	受付者	確認者
/ /	室温 冷蔵 冷凍			