分析依頼書　　マシス ➡ FAX：0172-29-1776 ※下記太枠内にご記入下さい。

分析結果報告予定日 平成　24　年　　月　　日頃	試験品受領印
試験品送付先 株式会社マシス　食品医薬品安全評価分析センター 〒036-8104 青森県弘前市扇町二丁目２番地７ Tel. 0172-29-1777　Fax. 0172-29-1776	

受付年月日	月　　日	**依頼 No.**		**見積 No.**	

ご依頼者名 （機関名）	機関名 部課名			
	役職名		担当者名	
	住　所	〒		
	Tel.		Fax.	
	E-mail		報告書部数	部（追加１部につき¥2,500-）
★ ご依頼者と異なる場合は、下記欄へご記入下さい。　　★ ご請求先が異なる場合は、ご連絡下さい。				
報告書名	機関名 部課名			
	役職名		担当者名	
	住　所	〒		
	Tel.		Fax.	
支払い方法	現金振込（支払い条件：　　） 例）月末締め / 翌月末振込			
試験品の種類	加工食品 ・ 健康食品 ・ 農産物 ・ 魚介類 ・ 食肉 ・ 卵 ・ 茶葉 ・ その他（　　）			
保存状態	室温 ・ 冷蔵 ・ 冷凍 ・ その他（　　）			

注意　：成分分析ご依頼の場合は、試験品の原料・添加剤名及び分析項目の予想濃度を記載してください。

試験品名	製造年月日	採取日	分析項目