

アレルギー検査依頼書

受付年月日	年 月 日 (曜日)	検体番号	第 号
		受理者名	

◆注意事項をご確認の上、太線枠内をご記入下さい。

ご依頼年月日		年 月 日 (曜日)		
ご依頼者	フリガナ			所属/役職名
	貴社名			フリガナ 氏名：
	住所	〒 -	TEL： ()	
			FAX： () *ご記入後再度ご確認ください。	
<p>* 上記依頼者様と異なる場合はご記入ください。</p> <input type="checkbox"/> 成績書記載の会社名 <input type="checkbox"/> 請求先 <input type="checkbox"/> 送付先				成績書 (結果) FAX 要 / 不要
検査目的	品質管理 クレーム処理 ()		検体の種類	
検体名		検査項目		検体に関する注意事項
		※該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れて下さい。		
①		<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 大豆		
②		<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 大豆		
③		<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 大豆		
④		<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 大豆		
⑤		<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 大豆		
ご要望等				

新潟県食品衛生協会推奨検査機関
株式会社 県都食品環境分析センター
 〒950-0022 新潟県新潟市東区幸栄 1 丁目 7-12
 TEL (025) 270-8890 FAX (025) 270-8132