

【総アフラトキシン】試験依頼書

記入日 年 月 日 太枠内の記入をお願いします。

		受付番号	
企業名		受付日	年 月 日
所属		ご担当	様
所在地	〒	電話	
E-mail		ファクシミリ	
請求書送付先	<input type="checkbox"/> 上記企業名・所在地に同じ 又は () 住所 ご担当者名：		
ご依頼の目的	<input type="checkbox"/> 品質管理 <input type="checkbox"/> 調査研究 <input type="checkbox"/> 流通販売 <input type="checkbox"/> クレーム処理 <input type="checkbox"/> 公用 <input type="checkbox"/> その他 ()	報告	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ファクシミリ
試験品名（報告書記載名称になります）と原料をご記載ください。			
①	試験品名		
	原料		
②	試験品名		
	原料		
③	試験品名		
	原料		
報告書 ____通			
希望納期 年 月 日			
試験品の返却 <input type="checkbox"/> 必要（着払返却になります） <input type="checkbox"/> 当社処分			
【特記事項】			

お問い合わせ・検体送付先：

株式会社 AHC 食品あんしん検査課 〒371-0831 群馬県前橋市小相木町 343-1 (電話：027-253-1515 ファクシミリ：027-252-9369)

弊社の[検査利用規約](#)にご承諾をお願いします。ご依頼を以て検査利用規約をご承諾頂いたものとしてお取り扱いさせていただきます。