

ご依頼時の注意事項

(必ずお読みください)

【検査のお申し込みの注意点】

- お申し込みの際は、「栄養成分検査依頼書」を事前に FAX してください。
- ご依頼が組み合っている場合は、受付順に検査させていただきます。
- 栄養成分検査は、7項目セットの場合は、近赤外分光法を用いて行います。
- 検体により受託できないものもございます。検査できない食品一覧をご確認頂くか、お電話でお問い合わせください。
別な検査方法をお勧めすることがございます。
- 7項目セット以外の項目もご希望の場合は、検査法・料金が変わります。
- 検査物の最低必要量は、50g ですが、出来れば 100g 以上でお願いします。
尚、検体のご返却は致しません。
- 原材料に食物繊維・低カロリー甘味料・寒天を使用している場合は、検査数値に影響がありますので、添加量をお知らせください。

【弊社近赤外分光法では、検査できない食品】

- いもデンプン類（生のジャガイモ・生さつまいも・コンニャク）
- 砂糖及び甘味類（砂糖・黒糖・蜂蜜・メイプルシロップ・水飴など）
- 種実類（アーモンドなどのナッツ類・栗など）
- きのこ類（椎茸・えのき・しめじ・エリンギ・マッシュルーム・キクラゲ）
- 藻類（のり・わかめ・昆布・ひじき・もずく）
- 生肉類・生卵・乳類（牛乳・チーズ・生クリーム・ヨーグルト）
- 油脂類（ラード・マーガリン・油全般）・ドレッシング・酒類
- 黒い食品（イカスミ）

※魚の場合は、ご指定の無い場合は一般的な可食部で検査を行います。

※冷凍食品や缶詰などの汁の出る商品の場合は、ご指定が無い場合はドリップを除いて検査を行います。

【検体発送時のお願い】

- 検体の到着日は、日祭日は弊社定休のためご遠慮ください。
- 検体発送料は、弊社が負担致します。(ただし、ヤマト運送・佐川急便のみ)
- 検体の液もれ・破損の無いようにお送りください。

【報告書について】

- 検体の到着後、2営業日でご報告致します。
- 報告方法にご希望があれば、依頼書にご記入ください。(FAX・メール・郵送など)

【検査料金の請求について】

- 報告書に請求書を同封致します。翌月 20 日までにコンビニ決済または、月末までに銀行振込でお支払い下さい。

お申し込みは、「栄養成分検査依頼書」を FAX:029-291-7056 まで FAX してください。
ご不明な点やご質問がございましたら、TEL:029-291-7877 まで、お気軽にご相談ください。

栄養成分検査依頼書

【7項目セット用】カロリー・タンパク質・脂質・炭水化物・水分・ナトリウム・食塩相当量

事業所名または個人名			受付No.	
受付日	年 月 日 (曜日)	報告予定日	年 月 日 (曜日)	予定
検体名 1				
名称 ※報告書に記載します				
採取日時	年 月 日	時 頃		
検査部位	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 指定()		
主な原材料 ・要望事項 (原材料は必ずご記入下さい)				
検体名 2				
名称 ※報告書に記載します				
採取日時	年 月 日	時 頃		
検査部位	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 指定()		
主な原材料 ・要望事項 (原材料は必ずご記入下さい)				
検体名 3				
名称 ※報告書に記載します				
採取日時	年 月 日	時 頃		
検査部位	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 指定()		
主な原材料 ・要望事項 (原材料は必ずご記入下さい)				
検体名 4				
名称 ※報告書に記載します				
採取日時	年 月 日	時 頃		
検査部位	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 指定()		
主な原材料 ・要望事項 (原材料は必ずご記入下さい)				

《 検体送付先 》

株式会社 セントラル医学検査研究所 総合衛生事業部

〒 310-0826 茨城県水戸市渋井町 682-24 TEL 029-291-7877

FAX:029-291-7056 本申込書を事前にFAXでお送りください。