

ご依頼時の注意事項

(必ずお読みください。)

【検査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。
- ご依頼が混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、ご指定が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で遠慮ください。
- 検体送料は、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。
(電話・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ください。

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	平成 年 月 日 (曜日)	報告予定日	平成 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	平成 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			
検体名 2			
名称 ※報告書に記載します			
採取日時	平成 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			
検体名 3			
名称 ※報告書に記載します			
採取日時	平成 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			
検体名 4			
名称 ※報告書に記載します			
採取日時	平成 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			

《 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。