

臭気分析依頼書

発送日: 年 月 日

太枠内は記載必須事項となっております

ご依頼者	住所	〒		
	会社名(成績書宛名)			
	所属部署		ご担当者	
	TEL		FAX	

通常、成績書は上記ご依頼者様に送付します。成績書宛名や送付先、請求先が(ご依頼者様と異なる場合)、以下に(異なる欄のみ)ご記入下さい。

成績書宛名(会社名・部署名)*

*成績書宛名に部署名は含まれません。会社名のみ記載願います。部署名を含める場合は、成績書欄宛名(会社名・部署名)へご記入ください。

成送 績付 書先	会社名		所属部署	
	住所	〒		
	ご担当者		TEL / FAX	/

請送 求付 書先	会社名		所属部署	
	住所	〒		
	ご担当者		TEL / FAX	/

成績書速報 (必ずチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 速報不要
	<input type="checkbox"/> 必要 [<input type="checkbox"/> FAX希望 <input type="checkbox"/> メール(事前登録必要)]
検査希望期間 (至急対応をご希望の場合)	<input type="checkbox"/> 至急 (割増料金) 一部検査項目は至急対応不可となっております。
発送時の検体温度	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
検体返却	<input type="checkbox"/> 希望 (着払いにて返却となります) (注)返却を求められない限り検体は廃棄いたします。

	検体名称(ご記入通り成績書に記載します)	特記事項(ご記入通り成績書に記載します) 注
検査対象品		
比較品		

(注) 比較品が多検体になる場合は、別紙を添付してください。

(注) 検体のLot、製造日、賞味期限等を成績書に記載が必要な場合、番号・日付等をご記入ください。

(必ずお読みください)臭気検査の注意点

塩素臭・アンモニア臭は検出対象化合物ではございません。

検体は匂いが移らないような容器に密封し、冷蔵又は冷凍で送付してください。

受付後、ピーク解析の有無も含めてお客様と相談の上、成績書作成を進めます。原則として、正式な成績書発行前に案を送付いたします。

ピーク解析を行った場合でも、推定化合物名が特定できない場合もございます。

化合物が検出された場合でも、その化合物の混入経路を特定することは基本的にはできません。

臭気成分については定性分析のみの対応です。定量分析はできません。

ご依頼内容: 異臭品の分析(比較品が必要です) 異臭品から特異的なピークがあれば、特定希望

香気成分の分析

カビ臭の分析 (注)代表的なカビ臭6種類が検出されるか否かという検査でございます。詳細不明の場合はご連絡ください。

その他()

検査目的や検査背景などできるだけ詳細にご記入ください。異臭品分析をご希望の場合は、クレーム内容や想定される原因等ご記入ください。

異臭品やカビ臭分析ご希望の場合、どんな匂いがするか(実際に匂いをかいでみて具体的にお書きください)例:腐敗臭、薬品臭等

検査対象箇所: 検査希望の箇所なし (注)代表的な箇所を検査に用います。

検査希望の箇所あり(具体的に:)

サンプリング割合: サンプリング割合に希望あり(具体的に:)

(注)不均一な検体の場合、サンプリング割合に希望があれば、詳細ご記入ください。(例:液体部分:固体部分 = 1:1(重量比)など)

備考(その他ご要望がございましたら記載ください)

検査料金	臭気分析基本料金(結果レポート含); 10,000円	弊財団記入欄 001:基+分析料 002~:分析料
	臭気分析料金(1検体あたり、成分の同定無し); 20,000円	
	成分の同定(1依頼、10成分あたり); 10,000円	

依頼書の北-を検体に同封の上ご送付願います(弊センターへのFAXは不要です)。受取日: 20 年 月 日 受取者:

検体発送先: 〒510-0825 三重県四日市市赤堀新町9番5号

一般財団法人 食品分析開発センター SUNATEC

TEL: 059-354-1552 FAX: 059-351-0630



成績書発行後は、原則として、請求先、依頼者名、検体名の変更はできません。また、成績書の再発行は、発行後1年以内に限りです。