

ヒト血痕判別検査依頼書

年 月 日

枚目

| | | |
|--|--------|--|
| 会社名 | フリガナ | 営業担当 |
| | 部署名 | |
| 住所 | 〒 | |
| | TEL | FAX |
| | E-mail | |
| E-mailでの結果速報希望 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> ※他の速報方法をご要望の方は、ご依頼時に弊社までご連絡ください。 | | |
| <input type="checkbox"/> 検査業務規約および注意事項に同意します。 <small>※同意欄のチェックがない場合、スムーズなお受付ができない場合がございます。</small> | | <small>・検査業務規約: http://www.visionbio.com/order/download.html</small> <small>・ご依頼に際しての注意事項: 3枚目</small> |

※太枠内のみご記入ください

※ にチェックを入れてください。

| No. | 試料名 <small>(こちらにご記入いただく名称が報告書に記載されます)</small> | ヒト血痕判別検査 | 検査終了後の試料の取扱い <small>(下注参照)</small> |
|---|--|-------------------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 残れば返却希望 <small>※検査を最優先する場合</small> |
| 発見状況 | | 検査の実施 | |
| <input type="checkbox"/> 製造時 | <input type="checkbox"/> 検品時 | <input type="checkbox"/> 販売先 | <input type="checkbox"/> あり (実施内容:) <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> その他() | | 製造日 年 月 日 | |
| 追加検査のご検討状況 | | その他特記事項 | |
| <small>※本検査終了後に実施する可能性のある検査がございましたら、チェックを入れてください。</small> <input type="checkbox"/> ABO式血液型DNA検査 <input type="checkbox"/> 性別DNA型検査 <input type="checkbox"/> DNA同定検査 | | | |
| ご依頼の目的 <small>(備考)</small> | 表示確認・品質管理・クレーム処理・研究開発・調査・その他() | 英文報告 <input type="checkbox"/> | 宛名(英表記) 試料名(英表記) |

※ 本書のコピーにご記入後、試料と共に宅配便等で弊社へ送付してください。(送料は貴社にてご負担願います)

※ 試料が2個以上の場合は、本書の試料名またはNo.を試料に記載してください。

※ 報告書発行後は、報告書上の試料名の変更はできません。

※ 英文報告書をご希望の場合は、別途発行手数料が発生いたします。

※ 試料の返却をご希望の場合は上記該当欄にチェックを入れてください。返却試料は破壊検査終了後の残渣となる場合があること、ご返却は原則として着払いでの対応となることを予めご了承願います。



ビジョンバイオ株式会社 異物検査センター

〒 839-0864

福岡県久留米市百年公園1-1 TEL:0942-36-3100

久留米リサーチセンタービル1F FAX:0942-36-3101

※ 弊社は当分析結果に限り責任を負うものであり、分析結果の取り扱い、あるいは分析結果によって生じる問題について関与するものではありません。

弊社使用欄

| | |
|-------------|---------|
| 受付月日 | 報告期限 |
| 受付番号 No. | |
| 受付月日 | 報告期限 |
| 受付番号 No. | |
| 特記事項(E) | 特記事項(B) |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----|
| 受付 | 分析 | 精度 |
| | | |
| 受付 | 分析 | 精度 |
| | | |
| 常温 ・ 冷蔵 ・ 冷凍 | | |
| 返却 <input type="checkbox"/> | 継続 <input type="checkbox"/> | |

ヒト血痕判別検査依頼書

年

記入例

| | | | |
|--|---|--|---|
| 会社名 | フリガナ ビジョンシヨクヒンカブシキガイシャ ビジョン食品株式会社 | | |
| | 部署名 | 品質管理部 | ご担当者名 見本 太一郎 様 |
| 住所 | 〒 839-0864 | 福岡県久留米市〇〇〇123-456 | |
| | TEL | 0123-45-6789 | FAX 0123-45-6790 |
| | E-mail | abcd@efghigk.com | |
| E-mailでの結果速報希望 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> ※他の速報方法をご要望の方は、ご依頼時に弊社までご連絡ください。 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 検査業務規約および注意事項に同意します。 検査業務規約: http://www.visionbio.com/order/download.html | | | |
| ※同意欄のチェックがない場合、ご記入通り報告書に記載いたします。 <input checked="" type="checkbox"/> 残れば返却希望 ※検査を最優先する場合 | | | |
| ※太枠内のみご記入ください <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> 返却 <input checked="" type="checkbox"/> 残れば返却希望 | | | |
| No. | 試料名 (こちらにご記入いただく名称が報告書に記載されます) | ヒト血痕判別検査 | 検査終了後の試料の (下注参照) |
| | サンプル① | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> 返却 <input checked="" type="checkbox"/> 残れば返却希望 |
| 発見状況 | | 検査の実施 | |
| <input type="checkbox"/> 製造時 <input type="checkbox"/> 検品時 <input checked="" type="checkbox"/> 販売先 | | <input type="checkbox"/> あり (実施内容:) | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 製造日 20XX 年 Y 月 Z 日 | | 発見日 20XX 年 Y 月 Z 日 | |
| 追加検査のご検討状況 | | その他特記事項 | |
| ※本検査終了後に実施する可能性のある検査がございましたら、チェックを入れてください。 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> ABO式血液型DNA検査 <input type="checkbox"/> 性別DNA型検査 <input type="checkbox"/> DNA同定検査 | | | |
| ご依頼の目的 | 表示確認 ・ 品質管理 ・ クレーム処理 ・ 研究開発 ・ 調査 ・ その他() | 英文報告書 <input type="checkbox"/> | 試料名(英表記) |
| (備考) | | | |

※ 本書のコピーにご記入後、試料と共に宅配便等で弊社へ送付してください。(送料は貴社にてご負担願います)

※ 試料が2個以上の場合は、本書の試料名またはNo.を試料に記載してください。

※ 報告書発行後は、報告書上の試料名の変更はできません。

※ 英文報告書をご希望の場合は、別途発行手数料が発生いたします。

※ 試料の返却をご希望の場合は上記該当欄にチェックを入れてください。返却試料は破壊検査終了後の残渣となる場合があること、ご返却は原則として着払いでの対応となることを予めご了承願います。



ビジョンバイオ株式会社 異物検査センター

〒 839-0864

福岡県久留米市百年公園1-1 TEL:0942-36-3100

久留米リサーチセンタービル1F FAX:0942-36-3101

※ 弊社は当分析結果に限り責任を負うものであり、分析結果の取り扱い、あるいは分析結果によって生じる問題について関与するものではありません。

弊社使用欄

| | |
|-------------|---------|
| 受付月日 | 報告期限 |
| 受付番号 No. | |
| 受付月日 | 報告期限 |
| 受付番号 No. | |
| 特記事項(E) | 特記事項(B) |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----|
| 受付 | 分析 | 精度 |
| | | |
| 受付 | 分析 | 精度 |
| | | |
| 常温 ・ 冷蔵 ・ 冷凍 | | |
| 返却 <input type="checkbox"/> | 継続 <input type="checkbox"/> | |

ご依頼に際しての注意事項

1. 分析試験の試料

- ・試料とご依頼書双方の到着をもって正式なお受付といたします。なお、試料の送料はお客様ご負担でお願いいたします。
- ・試料の返却をご希望の場合は、該当欄にチェックをお願いいたします。なお、返却は着払での発送となります。
- ・微小な試料(異物関連等)はセロハンテープ等で張り付け不要ようお願いいたします。(検体破損につながり、検査が困難になる場合がございます)

2. 検査上のご留意点

①DNAを対象にした検査全般

- (対象検査:肉種DNA判別、魚介類DNA判別、微生物DNA同定、動物 / 植物DNA同定、遺伝子組換えDNA、食物アレルギー(PCR法)、牛肉産地判別、しじみ産地判別、異物DNA同定、虫類DNA同定、血痕)
- ・複数種の混在、ユニバーサルプライマーの不適合、PCR阻害物質の影響、加圧、加熱、発酵によるDNAの劣化等に起因して検査不能または検知不能となる場合がございます。

②産地判別検査(国産米表示確認、牛肉産地判別、しじみ産地判別)

- ・本検査は産地を「特定」または「断定」するのではなく、「判別」もしくは「推定」する検査になります。従いまして、検査結果の解釈については、生産体制や流通経路などの情報を踏まえて、総合的にご判断いただくようお願いいたします。

③検査不能 / 検知不能時の検査料金

- ・いずれの検査におきましても、試料の状態等により検査結果が得られない場合がございます。この場合でも、所定の検査料金が発生いたしますので、事前にご確認いただくようお願いいたします。

3. 検査結果報告書

- ・報告書発行後の修正・変更は、宛名のみ可能です。その他記載内容の変更(試料名など)はいたしかねます。
- ・途中経過等の報告・書類作成は行っておりません。
- ・判明した結果から、毒性・安全性の評価は行っておりません。
- ・1検査に対して、当社が発行する検査結果書面は原則として1部のみといたしておりますが、お客様の事情等によっては、製本発行日より1年以内に限り、再発行・追加発行の受付が可能です。その場合、内容により1,000円~3,000円(税別)の手数料が発生いたします。

4. 英文報告書発行

- ・発行手数料として別途5,000円(税別)費用が発生いたします。

5. 検査終了後の試料について

- ・お送りいただいた試料は受付時に返却のご希望がない限り、報告書発行日より2週間で破棄させていただきます。

6. 検査料金のお支払

- ・原則、請求書発行日より14日以内にご入金をお願いしております。
- ・銀行振込等に係わる手数料はご依頼者様のご負担とさせていただきます。

※検査結果及び検査結果書面等に起因する紛議または経済的負担に関して当社は一切の責任を負いません。