

*バーケン品質評価機構約款に同意し、業務を依頼します。

化粧品分析試験依頼書（兼指図書）

一般財団法人 **ボーケン品質評価機構**



大阪認証・分析センター
＜化粧品分析＞

〒552-0021 大阪府大阪市港区築港1丁目6番24号
TEL:06-6577-0032 / FAX:06-6577-0033

貴社依頼番号
試験基準

年 月 日

依頼者	会社名	TEL ()	報告書様式	日本文・英文
	所属	FAX ()	発行形式	一括・品番別
	住所〒	依頼担当者	発行部数	正部・副部
			受付区分	普通・特急
			検体	返却・不要
		容器	返却・不要	

試験報告書の送付先、請求書の送付先、報告書に記載する会社名が上記と異なる場合は、下記にご記入ください。

報告書送付先	会社名	担当者	TEL ()	-
	住所		FAX ()	-
請求書送付先	会社名	担当者	TEL ()	-
	住所		FAX ()	-

報告書に記載する会社名	
-------------	--

ご依頼目的	品質管理	研究開発	輸入サンプル	流通販売	クレーム処理	その他 ()
-------	------	------	--------	------	--------	---------

検体の種類	化粧品	医薬部外品	原料	添加物	その他 ()
-------	-----	-------	----	-----	---------

検体 1	検体名				検体保存状態	
		Lot. No	容量	原産国	室温・冷蔵・冷凍	
	分析試験項目					
		原材料・添加物や理論値など	検体に関する注意事項、ご要望等（試験部位・試験方法など）			

検体 2	検体名				検体保存状態	
		Lot. No	容量	原産国	室温・冷蔵・冷凍	
	分析試験項目					
		原材料・添加物や理論値など	検体に関する注意事項、ご要望等（試験部位・試験方法など）			

検体 3	検体名				検体保存状態	
		Lot. No	容量	原産国	室温・冷蔵・冷凍	
	分析試験項目					
		原材料・添加物や理論値など	検体に関する注意事項、ご要望等（試験部位・試験方法など）			

内部処理欄	受付責任者	発行責任者	発行担当者	出来上り予定日	TEL・FAX・MAIL	月	日	試料返却	報告書発送	月	日
					連絡先			連絡者		月	日

注意事項

- 報告書発行後は請求先、報告書上の依頼者名、検体名共に変更はできません。
- 報告書の再発行は、発行後1年以内に限りです。
- 提出された検体・容器は、受付時に返却を求めれない限り、廃棄します。
(A4封筒を超える大きさを返却する場合、別途実費を頂きます)
- 依頼者より提供された情報について、依頼者の承諾なき場合は、第三者に公開致しません。

試験番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

バーコードシール添付時は、試験番号の記入不要

受付担当
