

実装試験依頼書

依頼者： _____

※太枠内は必ずご記入願います

依頼社名			御担当者名		
住 所				TEL	
顧客様名			御担当者名		
住 所				TEL	
販売ルート					

商品名	製造日	賞味期間	使用保存剤（製品名）
1	袋 平成 年 月 日		
2	袋 平成 年 月 日		
3	袋 平成 年 月 日		
4	袋 平成 年 月 日		
5	袋 平成 年 月 日		
6	袋 平成 年 月 日		

※該当項目をチェック及びご記入願います

流通方法	冷凍 ・ 低温（10℃以下） ・ 常温 ・ その他（ _____ ）				
商品の特長	脱気包装（有・無）/その他（ _____ ）				
殺菌方法	有・無	殺菌実施の場合はその方法 _____			
ガス置換	有・無	ガス置換の場合	ガスの種類	注入量(1袋)	CC

試 験 依 頼		(希望する試験を選択し、試験項目をチェックして下さい)	
<input type="checkbox"/> 銘柄選定	・ 希望銘柄 鉄系 ・ 有機系	<input type="checkbox"/> 空気容量	
<input type="checkbox"/> 保存試験	試験条件 ・ 温度： _____ ・ 保存期間： _____ ・ その他： _____	<input type="checkbox"/> 残存酸素濃度	
<input type="checkbox"/> 原因究明	状況 ・ 発生場所： _____ ・ 数量： _____ ・ 内容： _____	<input type="checkbox"/> 炭酸ガス濃度	
<input type="checkbox"/> その他	・ _____ ・ _____	<input type="checkbox"/> 水分活性	
		<input type="checkbox"/> 一般細菌	
		<input type="checkbox"/> 過酸化物質	
		<input type="checkbox"/> 包材試験（ピンホール）	
		<input type="checkbox"/> その他	

備考	_____

- ・ 試料の食味、色相等につきましては判断が出来ませんので、御了承下さい。
- ・ 一般生菌数を実施される場合には、事前にご連絡ください。
- ・ ご不明な点はセキュール相談室までお問い合わせ下さい。（TEL:03-6202-0162/FAX:03-6202-0185）