

ご依頼されるラボ、検査所等を
リストよりお選びください。

受付No :

TEL ×××-××× FAX ×××-×××

太線枠内のみ
ご記入ください

残 試 料 返 却	※
試験後試験片	※

依頼者	会社名 ㈱〇〇〇〇	部署名 △△△課	担当者名 □□□
	依頼者コード ()		
	所在地 東京都中央区〇△□1-1-1	TEL 1234-5678	FAX 1234-5679
手数料請求先	会社名 ①	部署名	担当者名
	請求先コード ()		
	所在地	TEL	
*報告書記入依頼者	会社名 ②	TEL	担当者名
	*報告書の会社名を変えたいときのみご記入ください。		
納入先 (適用基準)	会社名 ③	部門	アイテム
	納入先コード ()	MD名	ブランド
			生地・製品 必須項目
品名 品番	Tシャツ ABCD	組成 綿100%	件数 1 点数
		取扱区分④ 水洗い (132) ドライ (600)	生地 1 点数

試験項目	対象	試験方法	試験条件	点数
抗菌性試験	繊維	JIS L1902 菌液吸収法	試験目的 <input checked="" type="checkbox"/> SEKマーク取得 <input type="checkbox"/> SEKマークのサーベ イランス <input type="checkbox"/> その他 (納入前検査等含む) 菌種 <input checked="" type="checkbox"/> 黄色ぶどう球菌 <input type="checkbox"/> 肺炎かん菌 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> モラクセラ菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> その他 () 前処理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯前後共に実施 <input type="checkbox"/> 洗濯後のみ実施 <input type="checkbox"/> 洗濯前 (原品) のみ実施 家庭用洗濯 10 回 (その他 回) 高温加速洗濯 回 (その他 回)	1
		JIS L1902 ハロー法	菌種 <input type="checkbox"/> 黄色ぶどう球菌 <input type="checkbox"/> 肺炎かん菌 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	非繊維	JIS Z2801	試験目的 <input type="checkbox"/> SIAAマーク取得 <input type="checkbox"/> SIAAマークのサーベ イランス <input type="checkbox"/> その他 (納入前検査等含む) 菌種 <input type="checkbox"/> 黄色ぶどう球菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未加工品の代わりにポリエチレンフィルムを使用 (SIAAマーク用は未加工品必須のためこの条件は選べません) SIAAマーク前処理 耐水区分 () 耐光区分 ()	

- ① 手数料請求先が依頼者と異なる場合にご記入ください。
- ② 報告書記入依頼者名が依頼者と異なる場合にご記入ください。
- ③ 納入先が決まっている場合や適用基準が決まっている場合にご記入ください。
- ④ 取扱区分が決定している場合にご記入ください。

※残試料、試験後片の返却は対応できませんのでご了承のほど宜しくお願いします。

●一般財団法人カケンテストセンター受託業務に関する約款に同意し、依頼します。

品目	1.短繊維 2.糸 3.織物 4.編物 5.衣料品 6.寝装品 7.インテリ 8.その他 9.産業資材 10.傘類 11.靴類 12.カバン類 13.ベルト類 14.玩具類 15.その他雑貨 16.医療用品類 17.食品関連
区分	1.一般 2.納入前 3.契約 4.所見付 5.出張 6.その他
担当部署	
受付確認	工程内確認 最終確認 交付確認

完了予定日	
交付	来所・デリバリ・宅配・郵送
請求金額	
振替	検査所
	金額

製品破壊

可・不可

普通扱

特急扱

(×)