**近赤外線遮断効果測定　依頼書**

　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **御 依 頼 者** | **名称** | **フリガナ** |
|  |
| **所在地** |  |
| **(〒　　　－　　　　)** |
| **担当者** | **部署：** | **氏名：　　　　　　　　　　　　　　様** |
| **連絡先** | **TEL：** | **TEL：** |
| **E-mail：** |
|  |
| **試 験 内 容** | **試験項目** | **近赤外線遮断効果測定** |
| **検体数** |  | **検体** | **※ 個別の検体に関する情報は、別紙にご記入を****お願いいたします。** |
| **そ の 他****特記事項** |  |
| **測定結果クレジットの使用** | **□使用予定　□使用しない　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
|  |
| **御 請 求 先** | **御請求先が御依頼者と同じ場合はここにチェックをお願いします→□****御請求先と御依頼者が異なる場合は、以下に御請求先をご記入ください。** |
| **依頼者名** | **部署名・ご担当者様の氏名** |
| **所在地 (〒　　－　　　　)** |
| **TEL** | **FAX：** |

近赤外線遮断効果測定　依頼書 (別紙)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 検体の名称 | 種別 | 形状 | 保管条件 | 測定方法 | 検体の返却 |
| 1 |  | □1. 化粧品（原料）□2. 化粧品（製品）□3. 繊維□4. フィルム・ガラス□5. その他： | □1. 液体□2. 粉体□3. 板・シート状\*1 | □1. 室温□2. 冷蔵□3. 冷凍□4. 暗所 | □1. 通常\*2□2. 特別な条件あり（具体的な方法をご記入ください） | □1. 必要□2. 不要 |
| 2 |  | □1. 化粧品（原料）□2. 化粧品（製品）□3. 繊維□4. フィルム・ガラス□5. その他： | □1. 液体□2. 粉体□3. 板・シート状\*1 | □1. 室温□2. 冷蔵□3. 冷凍□4. 暗所 | □1. 通常\*2□2. 特別な条件あり（具体的な方法をご記入ください） | □1. 必要□2. 不要 |
| 3 |  | □1. 化粧品（原料）□2. 化粧品（製品）□3. 繊維□4. フィルム・ガラス□5. その他： | □1. 液体□2. 粉体□3. 板・シート状\*1 | □1. 室温□2. 冷蔵□3. 冷凍□4. 暗所 | □1. 通常\*2□2. 特別な条件あり（具体的な方法をご記入ください） | □1. 必要□2. 不要 |
| 4 |  | □1. 化粧品（原料）□2. 化粧品（製品）□3. 繊維□4. フィルム・ガラス□5. その他： | □1. 液体□2. 粉体□3. 板・シート状\*1 | □1. 室温□2. 冷蔵□3. 冷凍□4. 暗所 | □1. 通常\*2□2. 特別な条件あり（具体的な方法をご記入ください） | □1. 必要□2. 不要 |
| 5 |  | □1. 化粧品（原料）□2. 化粧品（製品）□3. 繊維□4. フィルム・ガラス□5. その他： | □1. 液体□2. 粉体□3. 板・シート状\*1 | □1. 室温□2. 冷蔵□3. 冷凍□4. 暗所 | □1. 通常\*2□2. 特別な条件あり（具体的な方法をご記入ください） | □1. 必要□2. 不要 |

【ご注意】

\*1：板状・シート状の場合、検体に照射面の表示をお願いします。

\*2：特に指定が無ければ以下の条件で測定を行います。

波長帯：900～1700 nm 水フィルターなし

化粧品（液体）・・・スライドグラス5枚、各10点測定　塗布量は2 mg/cm2　 化粧品（粉体）・・・スライドグラス5枚、各10点測定　塗布量は適量

繊維、フィルム・・・スライドグラス1枚に貼付、親水フィルムなし、10点測定 ガラス・・・検体のみを光路に設置、1枚、10点測定