

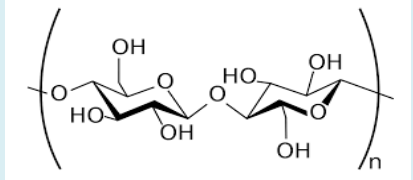
試験概要書

委託者様情報

委託日 年 月 日

貴社名	〇〇株式会社		
所在地	〒	〇〇〇-〇〇〇〇	
		〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	
電話番号	012-345-6789	FAX番号	012-345-6789
委託責任者	ご氏名	山田 太郎	
	E-mailアドレス	yamada@***.co.jp	

被験物質情報

被験物質名	〇〇〇	Lot No.	〇〇
略称	ABC-12345	有効期限	〇〇年〇月〇日
化学物質名			
構造式、示性式または分子式、分子量	性状	無色透明液体	
			
純度または含量（有効成分とその他の成分の組成）	<input checked="" type="checkbox"/> 製品を100%として扱う		
比重（液体）	1.25	pH	6.3
溶解性	〇〇に溶解	安定性	熱、光に安定
保存条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input checked="" type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input checked="" type="checkbox"/> 遮光 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 4度以下で保存 ）		
アミノ酸(His及びTrp)含有量	<input checked="" type="checkbox"/> アミノ酸含有無し		
取り扱い上の注意	保護メガネ、手袋必須		
残余被験物質の取り扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 廃棄 <input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 保存（資料保存期間）		

依頼内容（試験項目および諸条件等）

試験目的	<input checked="" type="checkbox"/> SEK <input type="checkbox"/> 化粧品 <input type="checkbox"/> 医薬部外品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> SIAA <input type="checkbox"/> PL法 <input type="checkbox"/> SDS作成
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請資料 <input type="checkbox"/> 社内資料 <input type="checkbox"/> その他（ ）
試験項目及び諸条件	Ames試験、皮膚感作性試験、急性皮膚刺激性試験、急性経口毒性試験
実施基準	<input type="checkbox"/> 実施基準無し（信頼性の基準 非適用） <input type="checkbox"/> 信頼性の基準 <input type="checkbox"/> GLP（ <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 化審法 <input type="checkbox"/> OECD <input type="checkbox"/> 農薬 <input type="checkbox"/> 安衛法）
ご希望納期	〇〇月末までに最終報告書の納品希望