



Test Request Form

시험의뢰서 (마스크)

접수번호	
------	--

※ 하단의 **파란색 음영부분(기재란)**에 빠짐없이 기재 요청 드립니다. (□는 선택사항으로 ■ 표시 바랍니다.)

의뢰정보	의뢰일	20XX. XX. XX.		
	의뢰인	홍길동	메일	PNCTIC@PNCLABS.CO.KR
	업체명	(주)피앤씨랩스 시험검사센터	연락처	1833-8795
	소재지	경기도 오산시 가장산업서로 47		
	의뢰목적	품목허가 <input checked="" type="checkbox"/> 품질관리 <input type="checkbox"/> 검사명령 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/>		
시료정보	제품구분	KF 99 <input type="checkbox"/> KF 94 <input checked="" type="checkbox"/> KF 80 <input type="checkbox"/> KF-AD <input type="checkbox"/> 수술용 <input type="checkbox"/> 원재료 <input type="checkbox"/>		
	제품명	○○○황사방역마스크(KF94)(대형)(흰색)		
	제조사	(주)피앤씨랩스 시험검사센터	시료수량	80
	제조소재지	경기도 오산시 가장산업서로 47		
	제조번호	1833-8795	제조(수입)일자	20XX. XX. XX.
성적서	발급구분	국문 <input checked="" type="checkbox"/> 영문 <input type="checkbox"/> 시험일지 <input type="checkbox"/> 성적서수령	E-Mail <input checked="" type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 대면수령 <input type="checkbox"/>	
	수령주소			
시료	시료처리	폐기 <input checked="" type="checkbox"/> 반환 <input type="checkbox"/> (보관 기한: 적합 시료 - 30 일 / 부적합 시료 - 60 일)		
	반환주소			

구분	선택	분석 항목	단위	시료수	분석비용	소요기간	규격		
TOTAL	<input checked="" type="checkbox"/>	KF 99, 94 마스크 전항목		80	₩ 1,021,000	접수 확인증 참조	[식약처 고시] 의약외품에 관한 기준 및 시험방법		
		KF 80 마스크 전항목			₩ 933,000				
		비말용 마스크 전항목		35	₩ 95,000				
		수술용 마스크 전항목			₩ 102,000				
개별 의뢰시 선택 항목		성상	적합/부적합	5	₩ 3,000				
		형상		5	₩ 5,000				
	■ 표시	순도		색소	3			₩ 3,200	
				산/알칼리	3			₩ 3,200	
				형광증백제	3			₩ 19,200	
				포름알데히드	3			₩ 38,400	
		끈 접합부 인장강도		N	8			₩ 14,000	
		안면부 흡기저항		Pa	10			₩ 62,000	
		포집 효율		NaCl	%			10	₩ 88,000
	Paraffin Oil			10				₩ 88,000	
	안면부 누설률		20	₩ 697,000					
	액체 저항성	적합/부적합	6	₩ 23,000					
	강도		6	₩ 7,000					
기타						규격 제시 요망			

접수처: 경기도 오산시 가장산업서로 47, PNC Labs 시험검사센터

대표번호: 1833-8795 Mail: PNCTIC@PNCLABS.CO.KR

의뢰인	홍길동	(인)
-----	-----	-----

※ 의뢰서에 기재한 개인 정보 활용에 동의합니다.

- ※ 접수 후 **정보 수정이 불가**하오니 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.
- ※ 영문 성적서 신청 시 의뢰 정보, 제품 정보를 영문으로 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.
- ※ 접수 확인증 발행 후 **분석 비용 입금 확인이 완료된 후 분석이 진행**되며, 안내된 처리 기한 내 성적서를 받으실 수 있습니다.
- ※ 최초 의뢰 시 사업자 등록증 1부, 통장 사본 1부를 메일로 송부해 주시기 바랍니다.
- ※ 성상, 형상 항목이 포함된 시험 의뢰 시 하단 '성상 및 형상 기준'을 참고하시어 작성 후 첨부 바랍니다.

담당 접수자 (인)

승인자 (인)

※ 성상, 형상 항목이 포함된 시험·검사 의뢰 시 하단 예시를 참조하시어 **파란색 음영부분(기재란)**을 빠짐없이 기재해 주시기 바랍니다.

업 체 명	(주)피앤씨랩스 시험검사센터			
제 품 명	○○○황사방역마스크(KF94)(대형)(흰색)			
성상 기준	마스크에 글자등 새김이 있는 흰색의 3단 가로접이식 본체에 코편이 있고, 양 측면에 흰색의 끈이 있는 부직포 마스크			
형상 기준	구 분	설 명	기 준 치 수	
	본 체	가 로	마스크 본체가 3단 가로접이식으로 접혀진 상태에서 가로로 가장 긴 길이	180 ± 10 mm
		세 로	마스크 본체를 펼친 후, 좌우 대칭이 되도록 접혀진 상태에서 세로로 가장 긴 길이	95 ± 10 mm
고정용 끈	본체에서 끈의 접합부 끝점을 잘라서 잴 때의 길이		165 ± 16 mm	

※ 형상 및 성상 기준 작성 예시

성상 기준	<ul style="list-style-type: none"> - 마스크에 압인(새김)이 있는 경우 성상 기준 작성 시 맨 앞에 필히 기재 - 고정할 수 있는 고리가 포함된 경우 성상 기준 작성 시 고리 존재 여부 필히 기재 				
	구 분	작 성 예 시			
	3단 가로접이식	(마스크에 글자등 새김이 있는) ○○색의 3단 가로접이식 본체에 코편이 있고, 양 측면에 ○○색의 끈이 있는 부직포 마스크			
	2단 세로접이식	(마스크에 글자등 새김이 있는) ○○색의 2단 세로접이식 본체에 코편이 있고, 양 측면에 ○○색의 끈이 있는 부직포 마스크			
평판형	(마스크에 글자등 새김이 있는) ○○색의 수평으로 3겹 주름이 있는 직사각형 본체에 코 부위에는 코편이 있고, 양 측면에 ○○색의 끈이 있는 부직포 마스크				
형상 기준	<ul style="list-style-type: none"> - 오차 범위 기준 본체 가로 및 세로 길이: ± 10 mm, 고정용 끈 길이: ± 10 % (소수점 절사) 				
	구 분	시료 치수 측정 방법	설 명 작 성 예 시		
	3단 가로접이식		본 체	가 로	마스크 본체가 3단 가로접이식으로 접혀진 상태에서 가로로 가장 긴 길이
			본 체	세 로	마스크 본체를 펼친 후, 좌우 대칭이 되도록 접혀진 상태에서 세로로 가장 긴 길이
			고정용 끈	본체에서 끈의 접합부 끝점을 잘라서 잴 때의 길이	
	2단 세로접이식		본 체	가 로	마스크 본체가 2단 세로접이식으로 접혀진 상태에서 가로로 가장 긴 길이
			본 체	세 로	마스크 본체가 2단 세로접이식으로 접혀진 상태에서 세로로 가장 긴 길이
고정용 끈			본체에서 끈의 접합부 끝점을 잘라서 잴 때의 길이		
평판형		본 체	가 로	마스크 본체의 가로 길이	
		본 체	세 로	마스크 본체의 세로 길이	
		고정용 끈	본체에서 끈의 접합부 끝점을 잘라서 잴 때의 길이		

※ 예시 작성 기준: 식품의약품안전처 '의약외품 마스크 온라인 민원설명회(210408)' 자료 참고