

検査申込書(食品・拭取り細菌検査用)

貴社名	
貴部署名 (事業所名・施設名等)	
ご住所	〒
TEL:	FAX:
ご担当者 (フルネーム)	
E-mail	
報告書のFAX希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
報告書送付先	※上記と異なる場合にご記入ください
ご請求先	※上記と異なる場合にご記入ください
宅配便 お問合せ伝票番号	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
検体返却	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

- 検体No.、検体名を明記し実施項目に○をご記入ください。
- 検査項目にない場合は、その他の欄へ直接ご記入ください。

検体No.	検体名及び状態等	検査項目								
		一般細菌数	大腸菌群数	大腸菌	O-157	黄色ブドウ球菌	サルモネラ菌	腸炎ビブリオ菌	セレウス菌	その他

FAX 044-333-1655