食品保存検査　依頼書

FD

受付日　　年　　月　　日

発送日	年　月　日			郵送の場合は**冷凍便の午前着**での発送をお願いします。	
貴社名				施設名	
所属				ご担当者	
ご住所	〒				
TEL			FAX		
E-mail					

注意事項	1　検体名は報告書へそのまま記載されます。 2　検体には依頼書と同じ番号を記入してください。				
検査目的	☐ 提出用	☐ 自主検査	☐ その他（　　）		
持込・郵送	☐ 持ち込み	☐ 郵送（冷凍便）			
製造日時	年　月　日　時　分			安全係数	☐ 0.7　☐ 0.8
検体名					

	保存温度・保存期間	一般生菌数	大腸菌群数	黄色ブドウ球菌	E.coli	セレウス菌	サルモネラ属菌	腸炎ビブリオ	
1	初発　℃　時間 or 日								
2	℃　時間 or 日								
3	℃　時間 or 日								
4	℃　時間 or 日								
5	℃　時間 or 日								
6	℃　時間 or 日								
7	℃　時間 or 日								
8	℃　時間 or 日								
9	℃　時間 or 日								
10	℃　時間 or 日								

総検体数	件	金額（税込）	弊社記入欄 円		
成績書の受取方法	☐ 郵送	☐ 来社（　月　日）	結果	☐ お急ぎ	
お支払方法	☐ 請求書	☐ 現金			

検体送付先	（株）名古屋衛生細菌技術センター 〒464-0850　愛知県名古屋市千種区今池5-18-11	Ver 1.0