

食品細菌検査 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	<input type="checkbox"/> 提出用 <input type="checkbox"/> 自主検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

検体番号	検体名	一般細菌数	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	原材料								
	製造日								
2	原材料								
	製造日								
3	原材料								
	製造日								
4	原材料								
	製造日								
5	原材料								
	製造日								

総検体数		件	金額 (税込)		円
成績書の受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来社 (日頃)				
お支払方法	<input type="checkbox"/> 請求書払い <input type="checkbox"/> 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
-------	--