

食品細菌検査 依頼書

FD

受付日 年 月 日

発送日	2024	年	6	月	1	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	株式会社 名古屋衛生細菌技術センター						施設名					
所属							ご担当者					
ご住所	〒	464-0850		愛知県名古屋市千種区今池5-18-11								
TEL	052-731-5012						FAX	052-731-5770				
E-mail	XXXXXXXXXXXXXXXXXX											

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 checked="" 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	ハンバーグ弁当	○	○	○	○	○			
	原材料 牛肉・ニンジン たまねぎ 製造日 5/30 午前10時								
2	エビフライ弁当	○	○	○	○	○			
	原材料 エビ・ニンジン レタス 製造日 5/30 午前10時								
3	たまごサンドイッチ	○	○	○	○				
	原材料 卵・小麦 製造日 5/31 午前10時								
4									
	原材料 製造日								
5									
	原材料 製造日								

総検体数	3	件	金額 (税込)	円
成績書の受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来社 (日頃)			
お支払方法	<input checked="" 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
-------	--