

拭き取り検査 依頼書

ST

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。
------	---

検体採取日 年 月 日

検体番号	検体名	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								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

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