

拭き取り検査 依頼書

ST

受付日 年 月 日

発送日	2025	年	2	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 名古屋市千種区今池5-18-11										
TEL	052-731-5012					FAX	052-731-5770				
E-mail	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										

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 2025 年 2 月 1 日

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	包丁	○	○	○	○	○		
2	まな板	○	○	○	○	○		
3	調理台	○	○	○				
4	冷蔵庫の取っ手	○	○	○				
5	手指 (氏名)	○	○	○				
6								
7								
8								
9								
10								

総検体数		5	件	金額 (税込)	弊社記入欄	円	
成績書の受取方法	<input checked="" type="checkbox"/>	郵送	<input type="checkbox"/>	来社 (月 日頃)	結果	<input type="checkbox"/>	お急ぎ
お支払方法	<input checked="" 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
-------	--