

# 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 <b>冷凍便の午前着</b> 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		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

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
-------	---