

拭き取り検査 依頼書

ST

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。

検体採取日		2024	年	6	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		
1	手指（氏名）	○	○	○			
2	包丁	○	○	○			
3	まな板	○	○	○			
4	調理台	○	○	○			
5	冷蔵庫の取っ手	○	○	○			
6	アイスシェーバー	○	○	○			
7							
8							
9							
10							

総検体数	6	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
-------	--