

# 受託検査申し込み用紙

太枠内に必要事項をご記入の上、ファックスでお申し込み下さい。

受付番号：第 \_\_\_\_\_ 号

 FAX **06-6395-3737**

受付年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

検体到着日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

依頼年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日( _____ 曜日)	検体発送日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日( _____ 曜日)
住所	フリガナ 〒 _____ - _____		
	フリガナ	TEL	( _____ ) - _____
会社名	フリガナ		
		FAX	( _____ ) - _____
部署名	_____ 部 _____ 課	販売店名	
担当者名	フリガナ ( 役職 )		顧客コード

	検体の名称	検査項目	付記事項*
1		BACcT法	一般生菌数・大腸菌群・大腸菌・真菌数・黄色ブドウ球菌
		標準法	一般生菌数・大腸菌群(デノ、MPN法)・大腸菌・真菌数・サルモネラ菌 黄色ブドウ球菌・腸炎ビブリオ(定性、MPN法)・その他( _____ )
		LAMP法	腸管出血性大腸菌(O157、O26等)・サルモネラ・カンピロバクター
		化学分析	残存 酸化硫黄・亜硝酸根・塩分・水分・水分活性・その他( _____ )
2		BACcT法	一般生菌数・大腸菌群・大腸菌・真菌数・黄色ブドウ球菌
		標準法	一般生菌数・大腸菌群(デノ、MPN法)・大腸菌・真菌数・サルモネラ菌 黄色ブドウ球菌・腸炎ビブリオ(定性、MPN法)・その他( _____ )
		LAMP法	腸管出血性大腸菌(O157、O26等)・サルモネラ・カンピロバクター
		化学分析	残存 酸化硫黄・亜硝酸根・塩分・水分・水分活性・その他( _____ )
3		BACcT法	一般生菌数・大腸菌群・大腸菌・真菌数・黄色ブドウ球菌
		標準法	一般生菌数・大腸菌群(デノ、MPN法)・大腸菌・真菌数・サルモネラ菌 黄色ブドウ球菌・腸炎ビブリオ(定性、MPN法)・その他( _____ )
		LAMP法	腸管出血性大腸菌(O157、O26等)・サルモネラ・カンピロバクター
		化学分析	残存 酸化硫黄・亜硝酸根・塩分・水分・水分活性・その他( _____ )
4		BACcT法	一般生菌数・大腸菌群・大腸菌・真菌数・黄色ブドウ球菌
		標準法	一般生菌数・大腸菌群(デノ、MPN法)・大腸菌・真菌数・サルモネラ菌 黄色ブドウ球菌・腸炎ビブリオ(定性、MPN法)・その他( _____ )
		LAMP法	腸管出血性大腸菌(O157、O26等)・サルモネラ・カンピロバクター
		化学分析	残存 酸化硫黄・亜硝酸根・塩分・水分・水分活性・その他( _____ )
5		BACcT法	一般生菌数・大腸菌群・大腸菌・真菌数・黄色ブドウ球菌
		標準法	一般生菌数・大腸菌群(デノ、MPN法)・大腸菌・真菌数・サルモネラ菌 黄色ブドウ球菌・腸炎ビブリオ(定性、MPN法)・その他( _____ )
		LAMP法	腸管出血性大腸菌(O157、O26等)・サルモネラ・カンピロバクター
		化学分析	残存 酸化硫黄・亜硝酸根・塩分・水分・水分活性・その他( _____ )

\* 検査報告書に、製造年月日・ロット番号などの記載が必要な場合には、付記事項の欄にご記入ください。

[ 検体送付先 ]	[ 担当事業所 ]
日本細菌検査(株) 食品科学研究所 〒532-0005 大阪市淀川区三国本町2丁目13-59 TEL: 06(6395)3736 FAX: 06(6150)3672	仙台営業所 東京支店 名古屋営業所 大阪営業所 広島営業所 福岡営業所
[ ご注意 ] 検体(細菌検査依頼品)は素手で直接触れないよう200g程度を採取し、無菌袋などに入れて密閉、遮光し、検体の保存条件(冷凍・冷蔵・室温)で上記送付先へご送付下さい。 標準法と化学分析に関しては、上記の検査項目以外にも検査可能ですので担当者にお問合せ下さい。 土・日・祝日の検体到着は、検査に着手できませんのでご配慮下さい。 検査成績書は、この申し込み用紙に記載された依頼者名・検体名・付記事項で作成されます。 お申し込み後は、記載内容を変更できませんのでご注意下さい。	