

検査依頼書

☆下記注意事項についてご確認の上、太枠内をご記入ください

| | | | |
|---------------------|------------------------------|--|-------------------|
| 検体発送日 | 20 年 月 日 (曜日) | 検体送付・保管条件 | 室温 ・ 冷蔵 ・ 冷凍 |
| ① 連絡 依頼 先 | 会社名: | 所属:(事業部、部、課) | TEL: |
| | 住所:〒 | 氏名: | 携帯TEL:急ぎの場合のご連絡先 |
| | | 様 | FAX:ご記入後再度ご確認ください |
| ② 請求 先 | 会社名:上記の「ご依頼者」様と異なる場合ご記入下さい | 所属: | TEL: |
| | 住所:〒 | 氏名: | FAX:ご記入後再度ご確認ください |
| | | 様 | |
| 検査 送付 結果 表 | 会社名:上記の「ご依頼者」様と異なる場合ご記入下さい | 所属: | TEL: |
| | 住所:〒 | 氏名: | FAX:ご記入後再度ご確認ください |
| | | 様 | |
| 検査結果表 記載の会社名 | 上記の「ご依頼者」様(会社名)と異なる場合はご記入下さい | 検査結果表処理方法 郵送 ・ FAX後郵送 ・ メール ・ メール後郵送 (メールアドレス:) | |

| | | | |
|---------|---|-----------|------------------|
| ご依頼目的 | 提出先、求められている事(細菌数基準)等詳しくご記入下さい | | |
| 検査内容 | 食材細菌検査 ・ 食材保存検査 ・ 拭き取り検査 ・ クリーム検査 ・ 栄養成分分析 エアーサンプラー検査 | | |
| 試験期間 | 普通 ・ 至急 至急は割り増し料金となります | 納品希望日 | 20 年 月 日 (曜日)まで |
| 検体名・検体数 | ① | | 検体 |
| | ② | | 検体 |
| | ③ | | 検体 |
| | ④ | | 検体 |
| | ⑤ | | 検体 |
| | | | 合計 検体 |
| 検査方法 | 一般生菌数 ・ 大腸菌群(陰陽判定/陰性基準: _____以下) ・ 大腸菌(陰陽判定/陰性基準: _____以下) 大腸菌群数 ・ 大腸菌数 ・ 乳酸菌 ・ 黄色ブドウ球菌 ・ 真菌数 ・ 酵母数 ・ 嫌気性菌数 耐熱性菌数 ・ サルモネラ菌 ・ O-157 ・ 腸炎ビブリオ ・ pH ・ Brix ・ 電導度 その他() | | |
| | 食材保存検査 | 設定温度(°C) | |
| | | 設定時間(時間後) | |
| | 検体に関する注意事項・ご要望等(試験部位・解凍方法・中心温度など) | | |

| | |
|-------------|--|
| その他 ご要望等 | |
|-------------|--|

注意事項

1. 提出された検体・容器は、受付時に返却を求められない限り、廃棄いたします。
2. 検査には通常1週間以上要しております。余裕を持ってご依頼下さい。
3. 提出先の細菌数基準等ございましたら、依頼書と併せて送付して下さい。
4. 大腸菌群・大腸菌の陰陽判定をご依頼される場合は、必ず陰性基準をご記入下さい。

株式会社 フードテクニカル・ラボ

〒167-0054 東京都杉並区松庵3-19-6

TEL;03-3334-2107

FAX;03-3334-2154