

食品微生物検査 依頼書

受付日	年	月	日	保管温度	<input type="checkbox"/> 冷蔵	<input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温	搬入方法	<input type="checkbox"/> 持込	<input type="checkbox"/> 回収	<input type="checkbox"/> 宅配	<input type="checkbox"/> 郵便	受付者	印
-----	---	---	---	------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----	---

※本枠内は、必ずご記入ください！

発送日	年	月	日	輸送温度	<input type="checkbox"/> 冷蔵	<input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温
-----	---	---	---	------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

■ご依頼者様情報

(該当する輸送温度に☑してください。)

会社名				会員No.			
部署名		役職名		担当者名			
所在地	〒						
TEL			FAX			E-mail	

■成績書送付先 (ご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

会社名				TEL			
部署名		役職名		担当者名			
所在地	〒						

■成績書宛名 (成績書に記載する宛名がご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

--

▽検査項目一覧 (該当する項目No.を選び、■依頼内容に No. を転記してください。また一覧以外の項目は、その他:にご記入ください。)

No.	検査項目	日数	No.	検査項目	日数	No.	検査項目	日数
1	一般生菌数	4日	7	黄色ブドウ球菌数	5~7日	13	好気性芽胞形成菌数	4日
2	大腸菌群(陰性・陽性)	4~7日	8	腸炎ビブリオ(陰性・陽性)	5~9日	14	真菌数	7~9日
3	大腸菌群数	4~7日	9	サルモネラ属菌(陰性・陽性)	5~9日	15	酵母数	4~6日
4	大腸菌(陰性・陽性)	4~7日	10	腸管出血性大腸菌O157(陰性・陽性)	5~9日	30	カビ数	7~9日
5	大腸菌数	4~7日	11	セレウス菌(陰性・陽性)	4~7日	26	乳酸菌数	4~6日
6	黄色ブドウ球菌(陰性・陽性)	5~7日	12	カンピロバクター属菌(陰性・陽性)	6~9日	27	低温細菌数	11~14日

注)No.の並びが一部順不同のため、転記の際はご注意ください。

■食品衛生法に基づく規格試験 (ご希望の場合は、規格名・試験方法をご記入ください。)

--

■依頼内容 (期限日と特記事項は、成績書記載が必要な場合にご記入ください。)

No.	検体名	期限日	特記事項(製造日など)	検査項目(例 ☑検体No.1と同じ)
1		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ 年 月 日
				その他: 年 月 日
2		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ 年 月 日
				その他: 年 月 日
3		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ 年 月 日
				その他: 年 月 日
4		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ 年 月 日
				その他: 年 月 日
5		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ 年 月 日
				その他: 年 月 日
6		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ 年 月 日
				その他: 年 月 日

■連絡事項 (その他ご要望をお書きください。また納期指定がある場合は、☑および納期をご記入ください。)

<input type="checkbox"/> 納期指定 (月 日までに <input type="checkbox"/> FAX着 <input type="checkbox"/> 成績書着)	<送付先> ㈱スズカ未来 マイラボ食品検査センター 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5 TEL:059-379-0077 FAX:059-367-7610
--	--

食品微生物検査 追加検体用依頼書

受付日	年	月	日	保管温度 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 常温	搬入方法 <input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> 郵便	受付者	印
-----	---	---	---	--	--	-----	---

※本枠内は、必ずご記入ください！

■ご依頼者様情報

会社名	会員No.
部署名	担当者名
役職名	

■依頼内容 (期限日と特記事項は、成績書記載が必要な場合にご記入ください。)

No.	検体名	期限日	特記事項(製造日など)	検査項目(例 <input checked="" type="checkbox"/> 検体No.1と同じ)
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:

■連絡事項 (その他ご要望をお書きください。また納期指定がある場合は、おおよび納期をご記入ください。)

<input type="checkbox"/> 納期指定 (月 日までに <input type="checkbox"/> FAX着 <input type="checkbox"/> 成績書着)	<送付先> (株)スズカ未来 マイラボ食品検査センター 〒513-0836 三重県鈴鹿市府府町7756番地5 TEL: 059-379-0077 FAX: 059-367-7610
---	--