

FAX:029-839-5527

細菌検査 依頼書

株式会社環境研究センター

計測事業部 分析2グループ 担当()行

※太線内をご記入、該当する口に✓をつけて下さい

フリガナ		TEL	
会社名			
フリガナ		FAX	
担当者名	様		部署名
E-mail			

住所 〒

報告書宛名 ※上記の会社名と異なる場合は ()
ご記入下さい

到着予定日	年 月 日 着	食品種類	※作物・商品の種類及び送付量をご記入下さい	
			送付量	

依頼検体数	検体	検体の状態	<input type="checkbox"/> 常温	<input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 冷蔵
-------	----	-------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

報告書部数	部 ※追加1部につき1,100円(税込)	速報の送り方	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 不要
-------	----------------------	--------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------

支払方法 振込(支払い条件: 月末 日締切 翌月 日支払)

No.	検体名(報告書記載の名称)	※全角40文字以内で ご記入下さい	備考	※報告書には 記載しません
1				
2				
3				
4				
5				

検査依頼項目 ※該当する口に✓チェックして下さい

細菌検査 分析項目

<input type="checkbox"/> ① 細菌検査2項目セット(③~④)	<input type="checkbox"/> ① 真菌(カビ)	<input type="checkbox"/> ① 赤痢菌
<input type="checkbox"/> ② 細菌検査5項目セット(③~⑦)	<input type="checkbox"/> ② 真菌(酵母)	<input type="checkbox"/> ② 腸球菌
<input type="checkbox"/> ③ 一般生菌数	<input type="checkbox"/> ③ カンピロバクター	<input type="checkbox"/> ③ 耐熱性菌
<input type="checkbox"/> ④ 大腸菌群	<input type="checkbox"/> ④ エルシニア	<input type="checkbox"/> ④ 低温細菌
<input type="checkbox"/> ⑤ 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> ⑤ セレウス菌	<input type="checkbox"/> ⑤ 高温細菌
<input type="checkbox"/> ⑥ サルモネラ	<input type="checkbox"/> ⑥ 乳酸菌	<input type="checkbox"/> ⑥ 嫌気性菌
<input type="checkbox"/> ⑦ 大腸菌(E.coli)	<input type="checkbox"/> ⑦ ウェルシュ菌	<input type="checkbox"/> ⑦
<input type="checkbox"/> ⑧ 腸炎ビブリオ	<input type="checkbox"/> ⑧ リステリアモノサイトゲネス	<input type="checkbox"/> ⑧
<input type="checkbox"/> ⑨ 病原性大腸菌O-157	<input type="checkbox"/> ⑨	<input type="checkbox"/> ⑨
<input type="checkbox"/> ⑩ 病原性大腸菌O-111	<input type="checkbox"/> ⑩	<input type="checkbox"/> ⑩
<input type="checkbox"/> ⑪ 病原性大腸菌O-26	<input type="checkbox"/> ⑪	<input type="checkbox"/> ⑪

連絡事項

【注意事項】
●試料の状態や夾雑物等の影響により分析できない場合がございます。
●検査結果はご依頼者の同意なしに第三者に開示いたしません。
●菌検査が含まれる場合は、菌検査用の検体を別途用意してください。
●検体送付時、検体は『午前中指定』で弊社までお送りください。
●検体が午後に到着した場合、受付日が翌営業日扱いになります。
●その他の注意事項はホームページに掲載しておりますので、必ずご確認のうえご依頼下さい。

以下弊社記入欄

【検体送付先】 〒305-0857 茨城県つくば市羽成3番地1 食品行
TEL:029-839-5511 FAX:029-839-5527
Mail: shokuhin-info@erc-net.com

受付印	受付
	承認

報告予定日	検査料金
月 日	円(税込)