

検査申込書(食品・拭取り細菌検査用)

貴社名	
貴部署名 (事業所名・施設名等)	
ご住所	〒
TEL:	FAX:
ご担当者 (フルネーム)	
E-mail	
報告書の メール・FAX希望	<input type="checkbox"/> ファックス <input type="checkbox"/> メール(PDF添付) <input type="checkbox"/> 希望しない
報告書送付先	※上記と異なる場合にご記入ください
ご請求先	※上記と異なる場合にご記入ください
宅配便 お問い合わせ伝票番号	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
検体返却	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

- 検体No.、検体名を明記し実施項目に○をご記入ください。
- 検査項目にない場合は、その他の欄へ直接ご記入ください。

検体 No.	検体名及び状態等	検査項目								
		一般 細菌 数	大腸 菌群 数	大腸 菌	O 1 5 7	黄 色 ブ ド ウ 球 菌	サ ル モ ネ ラ 菌	腸 炎 ビ ブ リ オ 菌	セ レ ウ ス 菌	そ の 他

FAX 044-589-8017

JFE東日本ジーエス株式会社 食品衛生調査センター

ファックスのご利用が出来ない方は、044-589-7090までお電話ください