

# 検査依頼書

		受付 No.	
分類	食品細菌		依頼者コードNo.
依頼年月日	年 月 日	成績書	郵送・来所・FAX・( )
依頼者	住所	〒( - )	
	氏名 (会社名)	(担当者名 )	
	TEL	FAX	

次のとおり検査を依頼します。

試料名	
-----	--

食品の種類	冷凍食品・食肉製品・魚肉練り製品・弁当・そうざい・菓子・カキ・その他
-------	------------------------------------

検査項目	件数	金額	その他検査項目	件数	金額
細菌数					
大腸菌群					
大腸菌群(定量)					
E. coli (定性)					
E. coli (MPN)					
黄色ブドウ球菌					
サルモネラ					
腸炎ビブリオ					
腸炎ビブリオ(MPN)					
セレウス菌					
ウェルシュ菌					
O 157					
VTEC(4項目)					
参考事項					受付者

検体数	検査手数料	収入担当者
件	消費税	領収書 No.
	合計	後 支払予定日
		納 請求書 No.

01 本部	11 仙南	21 岩沼	31 黒川	41 塩釜
51 石巻	61 大崎	71 栗原	72 登米	81 気仙沼