

環境微生物検査 依頼書

※太枠内は、必ずご記入ください!

発送日 **2015** 年 **4** 月 **1** 日 輸送温度 冷蔵 冷凍 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	〇〇〇〇 株式会社		会員No.	
部署名	マイラボ食品検査センター	役職名	担当者名 鈴木 一郎	
所在地	〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756-5			
TEL	059-379-0077	FAX	059-367-7610	E-mail

料金請求先が依頼者様と異なる場合、連絡事項に記入、または別紙にて連絡お願い致します。

■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	△△△△ 株式会社	TEL	△△△-△△△-△△△△	
部署名	△△部	役職名	担当者名 鈴木 二郎	
所在地	〒△△△-△△△△ 三重県四日市市△△-△			

納入先・仕入先等、依頼者様と異なる場合はご記入ください。

■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。)

食品安全技術研究所

▽検査項目一覧 (該当する項目No.を選び、■依頼内容に転記してください。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	2~4日	8	腸炎ピブリオ(陰性・陽性)	2~4日	26	乳酸菌数	4~6日
2	大腸菌群(陰性・陽性)	2~4日	9	サルモネラ属菌(陰性・陽性)	2~4日	23	清浄度検査(ATP測定)	即日
3	大腸菌群数	2~4日	11	セレス菌(陰性・陽性)	2~4日	17	空中浮遊菌・細菌数	4日
4	大腸菌(陰性・陽性)	2~4日	13	好気性芽胞形成菌数	2~4日	18	空中浮遊菌・真菌数	7~9日
5	大腸菌数	2~4日	14	真菌数	7~9日	28	落下菌・細菌数	4日
6	黄色ブドウ球菌(陰性・陽性)	2~4日	15	酵母数	4~6日	29	落下菌・真菌数	7~9日
7	黄色ブドウ球菌数	2~4日	30	カビ数	7~9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。

検体種別がわからない場合はご相談ください。

■検体種別 (該当する種別に☑してください。その他の場合はご記入ください。)

<input type="checkbox"/> 拭取り	<input type="checkbox"/> スタンブ	<input type="checkbox"/> その他 ()
------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

■検査キットの手配 (該当する項目に☑してください。)

<input type="checkbox"/> 検査キットの送付を希望	<input type="checkbox"/> 必要なし(お客様にてご用意)
--------------------------------------	---

注)検査キットを弊社からお送りする場合は、検査キットの送付を希望に☑してください。

お客様にてご用意できる場合は、必要なしに☑してください。

■依頼内容 (実施条件と実施日は、成績書記載が必要な場合にご記入ください。)

No.	検体名	実施条件(例 洗浄後)	実施日	検査項目(例 ☑検体No.1と同じ)
1			年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他:
2			年 月 日	<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ
3			年 月 日	<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ
4			年 月 日	<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ
5			年 月 日	<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ
6			年 月 日	<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ

■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) ㈱ズブカ未来 マイラボ食品センター 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5 TEL: 059-379-0077 FAX: 059-367-7610
--	--

受付日	年 月 日	温度	<input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 常温	受入	<input type="checkbox"/> 運送 <input type="checkbox"/> 顧客持込 <input type="checkbox"/> 担当持込	確認	印
-----	-------	----	---	----	---	----	---

検査方法、保存方法、検査部位の指定があればご記入ください。

納期指定がある場合チェックを付けてください。標準納期より短い場合は確認の連絡をいたします。

※検体採取後の輸送温度ですが、常温や冷凍ですと結果を評価するのが難しいため、冷蔵にてお送りください。