



【**発送版**】

# — 検査依頼書 —

運用開始日 2018/8/20

※太枠に囲まれたところのみ、ご記入ください。

得意先コード	①会社名	(株)●●	②店舗名	●●店	③担当者名	●●様	④TEL	123-456-7890
⑤住所	〒 123-4567 ●●府●●市●●-●●				⑥報告書の発行形式	<input type="checkbox"/> 全検体一括 <input type="checkbox"/> 各検体別		

⑦検体の発送日	20 16 / 9 / 20	⑦検体の持込み日	20 / /	⑧報告書のFAX希望	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑨FAX	123-456-7899
---------	----------------	----------	--------	------------	---------------------------------------------------------------------	------	--------------

No.	①	②	③	④	⑤
受付番号	シール貼付	シール貼付	シール貼付	シール貼付	シール貼付
検体名	レタス	きゅうり	鶏肉		
製造年月日	20 16 / 9 / 20	20 16 / 9 / 20	20 16 / 9 / 19	/ /	/ /
使用期限	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
備考 ( )					
検査項目	<input checked="" type="checkbox"/> 一般生菌数 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群 <input checked="" type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 一般生菌数 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群 <input checked="" type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 一般生菌数 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群 <input checked="" type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input checked="" type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input checked="" type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( )

※検査をご依頼される場合は、必ず**事前に保存検査依頼書をFAX**にてお送り下さい。

- ①検査品を発送される際は、必ず検査依頼書を同封して発送して下さい。
- ②食品検査において、1回の検査に必要な量は、最低50g必要になります。
- ③報告書発行後の内容変更は出来ません。
- ④検査品の送料は、ご負担下さい。

— 検査品の発送先 —

登録衛生検査所  
株式会社 **中央微生物検査所**  
大阪市城東区関目5-22-23  
TEL:06-6939-1044

連絡事項

回収担当	入力担当	最終確認担当
印	印	印

**FAX:06-6939-2350**