

# 食品【細菌】検査依頼書

受付No.

この依頼書をFAXした後、  
検体に添付してお送り  
ください。



FAX No.

052-411-5177

検体  
送付先

有限会社 森山環境科学研究所

〒453-0066 愛知県名古屋市中村区稲上町3-87

TEL: 052-411-2386 FAX: 052-411-5177

検体到着  
予定日

20 15 年 12 月 14 日

## ■ 貴社情報をご記入ください。

貴社名(ご請求先・報告書送付先)		事業所名・店舗名等			
株式会社モアウェル食品					
部署名		役職名		ご担当者名	
開発部		統括マネージャー		森山 太郎 様	
ご住所	〒 453-0066	愛知県名古屋市中村区稲上町3-87			
TEL	052-411-2386	FAX	052-411-5177	E-mail	xxx@morewell.co.jp

## ■ 報告書についてご記入ください。

報告書の宛名(ご依頼社と異なる場合ご記入)	速報FAX	発行形式		部数
	<input type="radio"/> 必要	<input type="checkbox"/> 全検体一括	<input type="radio"/> 検体別	1 部 ※複数必要な場合

## ■ 検体の送り方に○を付けてください。

送付方法	<input type="checkbox"/> 宅配便	<input checked="" type="radio"/> 持込み	<input type="checkbox"/> その他
輸送温度	<input checked="" type="radio"/> 冷蔵	<input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> その他

初回のお客様で速報をご希望される場合は、料金前払いをお願いいたします。

## ■ 検査目的に○を付けてください。

<input type="checkbox"/> 自主検査用	<input type="checkbox"/> その他
<input checked="" type="radio"/> 外部提出用	( )
<input type="checkbox"/> クレーム品用	

## ■ お送りいただく検体情報をご記入の上、検査項目に○を付けてください。 ※1回の検査に必要な検体量は100gです。

検体名 (※ご記入の通りに報告書に記載します)	検査する項目								検査料金 (※弊社記入欄)
	一般生菌数	大腸菌群	大腸菌 (E.coli (糞便系大腸菌群))	黄色ブドウ球菌	サルモネラ属菌	腸炎ビブリオ	0157	腸管出血性大腸菌 その他	
1 ババロア 備考・試験方法等の注意事項 消費期限: 15.12.19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
2 ブルーベリーサンド 備考・試験方法等の注意事項	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
3 備考・試験方法等の注意事項									
4 備考・試験方法等の注意事項									

ロット番号、製造日、期限日等、報告書に記載したい記述がある場合はご記入ください。

備考欄
-----