

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	年	月	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		
部署名		役職名	ご担当者名	
			様	
ご住所	〒			
TEL		FAX		E-mail

■ 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
	必要	全検体一括	部 ※複数必要の場合
		検体別	

■ 検体の送り方に○を付けてください。

送付方法	宅配便	持込み	その他()
輸送温度	冷蔵	冷凍	常温

■ 検査目的に○を付けてください。

自主検査用	その他
外部提出用	()
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 (定性)	腸炎ビブリオ (MPN3本法)	O157	腸管出血性大腸菌		その他
1 備考・試験方法等の注意事項												
2 備考・試験方法等の注意事項												
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												

※ 大腸菌群: 検査法の指定がある場合は備考欄にご記入ください(例: BGLB, LB)。特に指定がない場合は7°Kシンコレート寒天培地で検査を行います。

備考欄