

食品細菌検査 申込書

★本枠内をご記入し、FAX(076-213-5452)下さい。確認後、弊社よりご連絡しますのでその後検査品を郵送願います。

記入例

ご請求先や報告書お届け先が上記と異なる場合等ございましたら記入下さい。

検査品の発送予定日を記載下さい。

※検査品発送はFAX頂いた後、折り返し弊社よりご連絡しますので、その後郵送願います。

検査品を発送時、複数ご依頼の場合、取違い防止の為、番号を検査品に記載して頂きますようお願い致します。

ご希望納期や、検査に対する連絡事項がありましたら、ご記入下さい。

※ご希望納期に関しまして、ご希望に添えない場合があります事をご了承下さい。弊社よりご連絡させていただきます。

食品細菌検査のご依頼件数の合計を記載して下さい。
検査品名の詳細は下記の検査品情報に記載して頂きます。

ご依頼の検査項目の口を■に塗りつぶして下さい。

検査報告書の宛名になりま

検査品の名称を記載して下さい。そのまま報告書に記載致しますので製造年月日等報告書に記載したい事があれば記入して下さい。

1枚の用紙に記載できるのは10件までです。11件以上の申込みの場合や、検査項目の異なるご注文の場合は、お手数ですが新しい用紙に記入お願い致します。

| | | | | | |
|------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------|------|--------------|
| 【お客様情報】 | ご依頼日 | 2015 年 11 月 11 日 | コード | | |
| ご依頼者様 ※ご請求先・報告書お届け先 | 別名氏名 (又は法人名) | カブシキガイシャ 株式会社 ソライロプラス | | | |
| | 所属部署/ご担当者 | 営業部 山田 | | | |
| | 住所 | 〒 920-0346 石川県金沢市藤江南一丁目7番1号 | | | |
| | TEL(又は携帯)/FAX | TEL(携帯): | 076-213-5451 | FAX: | 076-213-5452 |
| | mail | info@sorairo-plus.co.jp | | | |

| | | | |
|---|--------|---|---|
| 備考 報告書は〒111-1111 ○○県△△市××町1-1 担当○○に郵送して下さい。請求は上記です。 | ご依頼検体数 | 3 | 件 |
|---|--------|---|---|

| | |
|-----------------------------|--|
| 検査品発送予定日 (土・日・祝日はご遠慮下さい) | ※送料はお客様ご負担でクール便にて郵送下さいませようお願い致します。 11 月 23 日 発送 ⇒ 11 月 25 日 午前・午後 着予定 |
|-----------------------------|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------------------------|---|-----------------------------------|---|----------------------------------|--|----------------------------------|---|--|--|--------------------------------|--|------------------------------|--|-------------------------------------|
| 検査項目 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌)</td> <td><input type="checkbox"/> 生菌数</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Bセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+黄色ブドウ球菌)</td> <td><input type="checkbox"/> 大腸菌群+大腸菌</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+腸炎ビブリオ)</td> <td><input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+黄色ブドウ球菌+サルモネラ属菌)</td> <td><input type="checkbox"/> サルモネラ属菌</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+黄色ブドウ球菌+腸炎ビブリオ)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+乳酸菌)</td> <td><input type="checkbox"/> セレウス菌</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 乳酸菌</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> クロストリジウム属菌</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Aセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌) | <input type="checkbox"/> 生菌数 | <input checked="" type="checkbox"/> Bセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+黄色ブドウ球菌) | <input type="checkbox"/> 大腸菌群+大腸菌 | <input type="checkbox"/> Cセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+腸炎ビブリオ) | <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 | <input type="checkbox"/> Dセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+黄色ブドウ球菌+サルモネラ属菌) | <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 | <input type="checkbox"/> Eセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+黄色ブドウ球菌+腸炎ビブリオ) | <input checked="" type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ | <input type="checkbox"/> Fセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+乳酸菌) | <input type="checkbox"/> セレウス菌 | | <input type="checkbox"/> 乳酸菌 | | <input type="checkbox"/> クロストリジウム属菌 |
| <input type="checkbox"/> Aセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌) | <input type="checkbox"/> 生菌数 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+黄色ブドウ球菌) | <input type="checkbox"/> 大腸菌群+大腸菌 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+腸炎ビブリオ) | <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+黄色ブドウ球菌+サルモネラ属菌) | <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Eセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+黄色ブドウ球菌+腸炎ビブリオ) | <input checked="" type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+乳酸菌) | <input type="checkbox"/> セレウス菌 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 乳酸菌 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> クロストリジウム属菌 | | | | | | | | | | | | | | | | |

【検査品情報】 ※記入して頂いた内容が報告書に記載されます。(報告書発行後の訂正は原則受付ておりませんのでご了承下さい)

| | | | |
|-------|----------|--------------------------------------|--|
| 報告書宛名 | 株式会社空色食品 | | |
| 受付番号 | 番号 | 検査品名 (郵送時取違い防止の為、左の「番号」を検査品に記載して下さい) | |
| HF- | 1 | 空色大福 製造年月日2015年11月24日 AM9:00製造 | |
| HF- | 2 | 青色大福 製造年月日2015年11月20日 PM5:00製造 | |
| HF- | 3 | 赤色大福 | |
| HF- | 4 | | |
| HF- | 5 | | |
| HF- | 6 | | |
| HF- | 7 | | |
| HF- | 8 | | |
| HF- | 9 | | |
| HF- | 10 | | |

| | | | | |
|-------|--|---------|-----------|----|
| 希望納期 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 月 日 までに | FAX ・ メール | 希望 |
| 連絡事項等 | 出来次第、FAXして下さい | | | |

| 受付No. | 受付者 | 報告書作成日 | 作成者 | 報告書発送日 | 請求書発送日 |
|-------|-----|--------|-----|--------|--------|
| HF- | | | | | |

株式会社ソライロプラス 〒920-0346 石川県金沢市藤江南一丁目7番1号 TEL.076-213-5451 / FAX.076-213-5452