

食品細菌検査 申込書

★太枠内をご記入し、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。

【お客様情報】	ご依頼日	年	月	日	コード	
ご依頼者様 ※ご請求先・ 報告書お届け先	フリガナ 氏名 (又は法人名)					
	所属部署/ご担当者					
	住 所	〒				
	TEL(又は携帯)/FAX	TEL(携帯):		FAX:		
	mail					

備考		ご依頼検体数		件
----	--	--------	--	---

検査品発送予定日 (土・日・祝着は 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しますようお願い致します。						
	月	日	発送 ⇒	月	日	午前 ・ 午後	着予定

検査項目	<input type="checkbox"/> Aセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌) <input 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"/> Cセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+腸炎ビブリオ) <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"/> 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 type="checkbox"/> Fセット (生菌数+大腸菌群+大腸菌+乳酸菌)	<input type="checkbox"/> 生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群+大腸菌 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <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しておりませんのでご了承下さい)

報告書宛名					
	(例) 株式会社ソライロ食品				

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	(例) ○○クッキー 製造年月日2015年10月26日 AM10:00製造等
HF-	2	
HF-	3	
HF-	4	
HF-	5	
HF-	6	
HF-	7	
HF-	8	
HF-	9	
HF-	10	

希望納期	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	月	日	までに FAX ・ メール	希望
------	---	---	---	---------------	----

連絡事項等					
	(例) 1袋当たりでの報告をして下さい。可食部のみで汁は入れないで下さい(煮物)等				

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-					