

# 食品拭取り検査 申込書

★ 太枠内をご記入し、FAX(076-213-5452)下さい。確認後、弊社よりサンプリングセットを郵送致します。

<b>【お客様情報】</b>	ご依頼日	20	年	月	日	コード		
<b>ご依頼者様</b> ※ご請求先・報告書お届け先となります	フリカナ氏名							
	(又は法人名)							
	所属部署/ご担当者							
	住所	〒				都 道		市 区
						府 県		町 村
TEL(又は携帯)/FAX	TEL(携帯) :					FAX :		
mail								
備考	ご請求先・報告書お届け先が上記と異なる場合等ございましたらご記入下さい。							

<b>【サンプリングセットお届け先】</b>									
※下記から選択し、番号を○で囲んで下さい		フリカナ氏名							
		(又は法人名)							
1	依頼者同上	所属部署/ご担当者							
		住所	〒				都 道		市 区
						府 県		町 村	
2	それ以外(右記載)	TEL(又は携帯)/FAX	TEL(携帯) :				FAX :		
		mail							
備考	お届け希望日等、何かございましたらご記入下さい。								

検 査 項 目		ご 依 頼 件 数
基本セット(生菌数+大腸菌群+大腸菌)		【           】
手指にお勧めセット(生菌数+大腸菌群+大腸菌+黄色ブドウ球菌)		【           】

拭取り採取予定日	年	月	日	予 定
----------	---	---	---	-----

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	検査について何かございましたらご記入下さい。				

受付No.	受付者	サンプリングセット発送日	発送者	備 考
HF-				