

細菌検査依頼書

受付印

ご依頼日 平成 年 月 日

会社名

部署名

役職

お名前

印

住所 〒 - -

都道
府県

TEL - -

FAX - -

E-mail

結果速報のご連絡方法

(いずれかに一つにご記入下さい。)
(記載がない場合には不要となります。)

E-mail

FAX

不要

報告書宛名

(ご依頼者と宛先名が異なる場合に、ご記入下さい。)

ご依頼方法及び注意事項

該当試料 約100gを適当な容器に入れ、宅配便等で当社へお送り下さい。(試料送料は、貴社でご負担願います)
その際、本書のコピーをご記入後、同封願います。

報告期限より前にご報告する場合がございます。

にチェックを入れ、検査対象に をつけて下さい。

試料名	腸管出血性大腸菌 (O-157)	個別	2項目 セット	3項目 セット	4項目 セット	5項目 セット	検査対象
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一般生菌・大腸菌 <i>E. coli</i> 大腸菌群・大腸菌群数・真菌 黄色ブドウ球菌・サルモネラ 腸炎ピブリオ・セレウス菌 リステリア・耐熱性芽胞菌
	報告期限(弊社記入欄)	報告期限(弊社記入欄)	真菌は7営業日となります				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一般生菌・大腸菌 <i>E. coli</i> 大腸菌群・大腸菌群数・真菌 黄色ブドウ球菌・サルモネラ 腸炎ピブリオ・セレウス菌 リステリア・耐熱性芽胞菌
	報告期限(弊社記入欄)	報告期限(弊社記入欄)	真菌は7営業日となります				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一般生菌・大腸菌 <i>E. coli</i> 大腸菌群・大腸菌群数・真菌 黄色ブドウ球菌・サルモネラ 腸炎ピブリオ・セレウス菌 リステリア・耐熱性芽胞菌
	報告期限(弊社記入欄)	報告期限(弊社記入欄)	真菌は7営業日となります				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一般生菌・大腸菌 <i>E. coli</i> 大腸菌群・大腸菌群数・真菌 黄色ブドウ球菌・サルモネラ 腸炎ピブリオ・セレウス菌 リステリア・耐熱性芽胞菌
	報告期限(弊社記入欄)	報告期限(弊社記入欄)	真菌は7営業日となります				

(備考)

VISIONBIO
ビジョバイオ株式会社
食品検査センター

〒839 0864

福岡県久留米市百年公園1 1
久留米リサーチセンタービル1F
TEL:0942 36 3100
FAX:0942 36-3101

確認印(弊社記入欄)

受注責任者	分析責任者	精度管理

弊社は当分析結果に限り責任を負うものであり、分析結果の取り扱い、あるいは分析結果によって生じる問題について関与するものではありません。