

保存検査依頼書

◆ご依頼者様情報

お客様CD:

会社名			
部署名	ご担当者名	様	TEL
所在地			FAX
E-mail			

* 報告書送付先 (報告書の送付先がご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

会社名	様宛	TEL
所在地	FAX	

* 報告書宛名 (報告書に記載する宛名が、ご依頼者様名と異なる場合にご記入ください。)

◆下表より選んでご記入ください (必要事項を■に塗りつぶしてください)

保存温度	<input type="checkbox"/> 5℃	<input type="checkbox"/> 10℃	<input type="checkbox"/> 15℃	<input type="checkbox"/> 25℃	<input type="checkbox"/> 30℃	<input type="checkbox"/> 35℃	<input type="checkbox"/> °C
保存開始日	<input type="checkbox"/> 製造日 (年 月 日)			<input type="checkbox"/> 弊社に到着した日を保存開始日にする。			

報告書記載コメント (製造年月日など単票報告書に記載したい事項があればご記入ください。)

製造日: 年 月 日 ・ 賞味期限: 年 月 日

◆検体情報及び依頼内容

受付日 / /

検体名	保存日数 (時間)	検査項目
初発 (到着日に検査)	(°C 日間保存)	【基本セット】 <input type="checkbox"/> 糞便性大腸菌 <input type="checkbox"/> セレウス <input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> カビ数 <input type="checkbox"/> O-157 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 酵母数 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ
	(または 時間後検査)	
	(°C 日間保存)	【基本セット】 <input type="checkbox"/> 糞便性大腸菌 <input type="checkbox"/> セレウス <input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> カビ数 <input type="checkbox"/> O-157 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 酵母数 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ
	(または 時間後検査)	
	(°C 日間保存)	【基本セット】 <input type="checkbox"/> 糞便性大腸菌 <input type="checkbox"/> セレウス <input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> カビ数 <input type="checkbox"/> O-157 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 酵母数 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ
	(または 時間後検査)	
	(°C 日間保存)	【基本セット】 <input type="checkbox"/> 糞便性大腸菌 <input type="checkbox"/> セレウス <input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> カビ数 <input type="checkbox"/> O-157 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 酵母数 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ
	(または 時間後検査)	
	(°C 日間保存)	【基本セット】 <input type="checkbox"/> 糞便性大腸菌 <input type="checkbox"/> セレウス <input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> カビ数 <input type="checkbox"/> O-157 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 酵母数 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ
	(または 時間後検査)	

その他上記にない項目 (その他の項目をご希望の際は、検査実施日を明記ください) (例. 保存 O157 初回検査のみ実施)

連絡事項 (検査希望部位(可食部のみ、ドリップ含など)・検査目的・その他ご要望等) ※報告書には記載されません。

検体受付 / /	受付温度 °C	数量	検査受付者	受入確認者	依頼内容承認
----------	---------	----	-------	-------	--------