

お客様控

食品検査依頼書



株式会社四国中検
食品解析センター



高松検査所 〒761-2101 綾歌郡綾川町畑田3322
TEL (087) 877 - 0111
高知検査所 〒781-8125 高知市五台山4987-1
TEL (088) 883 - 5535
中予検査所 〒790-0944 松山市古川西3丁目1-29
TEL (089) 957 - 7772
徳島検査所 〒771-0132 徳島市川内町平石夷野224
TEL (088) 665 - 3125

お客様コード:		受付番号:	
検体提出日	年 月 日	FAX報告	<input type="checkbox"/> 必要
依頼者名	殿		
住所	〒	TEL	()
		FAX	()
検体名 (報告書記載内容)	取扱い温度 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 室温		

検査依頼項目					
<input type="checkbox"/>	一般生菌数	8801	<input type="checkbox"/>	大腸菌群(平板・BGLB)	8803
<input type="checkbox"/>	黄色ブドウ球菌	8806	<input type="checkbox"/>	大腸菌	8804
<input type="checkbox"/>	病原性大腸菌O157	8805	<input type="checkbox"/>	大腸菌群数	8802
<input type="checkbox"/>	サルモネラ菌(平板・増菌)	8807・8808	<input type="checkbox"/>	腸炎ビブリオ(平板・MPN)	8809・8810
<input type="checkbox"/>	セレウス菌	8812	<input type="checkbox"/>	カンピロバクター	8811
<input type="checkbox"/>	セット(901・902・903・904・905)		<input type="checkbox"/>	その他()	

備考:

◎依頼項目チェックは の中にお願ひします。

◎法令に係わる検査などの特記事項は必ず備考欄に記入ください。

受領確認

適 : 否

集配担当者