

# 拭き取り微生物検査依頼書 No.1

↑ 検体送付前にFAXお願いします

FAX: 01

株式会社 キュー

記入例

【拭き取り検査キット等には拭き取り検査箇所名、もしくはNo.をお書きください。】

※ 拭き取りキット等には下記に記載の【拭き取り検査箇所名】または【No.】をご記入ください。  
記載が無い場合は検査が出来ない場合もございます。

10月 1日

依頼先	株式会社 ○○○			〒	062-0052	札幌市豊平区月寒東2条16丁目1番7号		様
連絡先	TEL	011-850-2530	検査目的	<input checked="" type="checkbox"/> 自主検査 <input type="checkbox"/> 提出用 <input type="checkbox"/> クレーム				
	FAX	011-850-2535	検査速報	<input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 必要なし				
報告書宛名	株式会社 ○○○ □□□工場			依頼会社名と報告書宛名が異なる場合のみご記入ください。 (※ ご依頼者と異なる場合にご記入ください)				
検体受付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送	郵送到着日	10 / 2	AM着	<input type="checkbox"/> 持ち込み	持込予定日	/	時頃
	※検体は午前中に郵送または持ち込み願います。検体受付が午後の場合は持ち込み予定の場合は時間もご記入ください。							

拭き取り箇所数	15	ヶ所	拭き取り日 ※報告書記載	2020	年	10	月	1	日
検査項目									
<input checked="" type="checkbox"/> 一般生菌数	<input type="checkbox"/> サルモネラ	<input type="checkbox"/> カビ	<input type="checkbox"/> 嫌気性菌						
<input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌O-157	<input type="checkbox"/> 酵母	<input type="checkbox"/> クロストリジウム属菌						
<input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ	<input type="checkbox"/> 乳酸菌	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> E.coli	<input type="checkbox"/> セレウス菌	<input type="checkbox"/> 耐熱性芽胞菌	<input type="checkbox"/>						

No.	拭き取り検査箇所名	拭き取り状況
1	エプロン(山田)	(作業中)
2	手袋表面(山田)	(作業中)
3	ハサミ	(洗浄済)
4	作業台上	(作業中)
5	まな板	(殺菌中)
6	包丁(包丁殺菌庫)	(殺菌済)
7	ボウル(キャベツ)	(使用中)
8	ザル(人参)	(使用中)
9	ブラシ(青色)	
10	水道蛇口(扉側)	
11	冷蔵庫取っ手	
12	コールドテーブル内部	
13	浅型バンジュウ(白色)	(洗浄済)
14	深型バンジュウ(黄色)	(洗浄済)
15	アルコールスプレー容器	

その他 特記事項やご要望などご記入ください  
(ご請求先が異なる場合は、こちらに記載願います)

ご質問等ございましたら、お気軽にお問い合わせください

【検体送付先】  
株式会社 キュー・アンド・シー  
〒062-0052 札幌市豊平区月寒東2条16丁目1-7  
TEL(011)850-2530 FAX(011)850-2535

※弊社記入欄

拭	受付日	°C			連絡票			報告書		
---	-----	----	--	--	-----	--	--	-----	--	--