

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:011-850-2535

株式会社 キュー・アンド・シー

【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。】

※空欄をご記入下さい。該当する項目の□にチェックを入れて下さい。

依頼会社名		依頼日		年	月	日
ご担当者		様				
連絡先	住所 〒					
	TEL	検査目的	<input type="checkbox"/> 自主検査	<input type="checkbox"/> 提出用	<input type="checkbox"/> クレーム	
	FAX	検査速報	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 必要なし		
報告書宛名		(※ 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 type="checkbox"/> 郵送	郵送到着日	/	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翌日検査となる場合もございますのでご注意ください。						

拭き取り箇所数	ヶ所	拭き取り日 ※報告書記載	年	月	日
検査項目					
<input 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 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 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		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

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

拭き取り微生物検査依頼書 No.2

↑ 検体送付前にFAXお願いします

FAX:011-850-2535

株式会社 キュー・アンド・シー

【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。】

※空欄をご記入下さい。該当する項目の口にチェックを入れて下さい。

依頼会社名		依頼日	年	月	日
-------	--	-----	---	---	---

No.	拭き取り検査箇所名	拭き取り状況
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		