

保存

食品微生物検査 検査依頼書

※検体を送付する際の輸送方法を○で囲んで下さい

常温・冷蔵・冷凍

《注意書き》

- ・記入漏れがある場合、報告期限に間に合わない場合がございます
- ・必要検体量は検査回数×100gです
- ・報告日数は最終検査日より7営業日です
- ・規定温度以外での検査は事前のご予約をお願い致します
- ・太枠内は必ずご記入下さい

依頼日 年 月 日

弊社使用欄

ラックNo.

お客様番号

貴社名

事業所名

部署名

ご住所

TEL

FAX

ご担当者名 ふりがな

第一陽性報告者名 ふりがな

第二陽性報告者名 ふりがな

検体発送日

検体数

年 月 日

検査項目

※依頼項目に○を付けて下さい

※追加項目は手書きでご記入下さい

保存条件

保存温度

開封・未開封

4℃・5℃・10℃・25℃・35℃・その他(℃)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
一般細菌数	大腸菌群	黄色ブドウ球菌	サルモネラ属菌	O157	E・coli				

※検体名称をご記入通りに報告書へ記載します

※検体には依頼書と同じNo. を書いて下さい

※どちらかをお選びください

No.	検体名	保存期間	検査希望日	製造日	ロットNo	消費期限・賞味期限	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1			年 月 日	年 月 日		年 月 日										
2			年 月 日	年 月 日		年 月 日										
3			年 月 日	年 月 日		年 月 日										
4			年 月 日	年 月 日		年 月 日										
5			年 月 日	年 月 日		年 月 日										
6			年 月 日	年 月 日		年 月 日										
7			年 月 日	年 月 日		年 月 日										
8			年 月 日	年 月 日		年 月 日										
9			年 月 日	年 月 日		年 月 日										
10			年 月 日	年 月 日		年 月 日										

備考欄

検体送付先

備考欄

(株)エムビックらいふ 環境分析センター
 〒183-0035 東京都府中市四谷5丁目2726-5
 TEL 042-330-8830 FAX 042-330-8831

賞味期限設定は一度だけではなく定期的に実施をする事を推奨します。

バーコード

弊社使用欄

受付	コード	報告書	確認
情報		点検	

ご相談は (株)エムビックらいふ 03-5769-7247 まで