

■ 検査依頼に関するお問い合わせ
株式会社BMLフード・サイエンス

TEL:06-4706-4400

この検査依頼書をFAXした後、検体に添付してお送りください

■ 検体送付先
株式会社BMLフード・サイエンス 大阪検査センター
〒541-0046 大阪市中央区平野町2-5-4 TEL:06-4706-4400

微生物検査依頼書(拭取り)

検体到着
予定日 20 年 月 日

①貴社情報をご記入ください

貴社名(ご請求先)	所属・店舗名等
報告書宛名 (貴社名と異なる場合)	ご担当者名
	TEL() FAX()

②依頼検体の輸送方法、輸送温度にチェックを入れてください

※検体の種類に合わせて、冷蔵、冷凍でお送りください

輸送方法	宅配便・郵便	持ち込み	その他	輸送温度	冷蔵(10℃以下)	冷凍
------	--------	------	-----	------	-----------	----

③検査する項目をチェックしてください

一般生菌数	大腸菌群	大腸菌	黄色ブドウ球菌
サルモネラ	腸炎ビブリオ		

④お送りいただく検体の名称をご記入ください ※ご記入の通りに報告書に記載します

No. 1	検体名	検体情報	弊社管理欄(ご記入不要)	No. 6	検体名	検体情報	弊社管理欄(ご記入不要)
No. 2	検体名	検体情報	弊社管理欄(ご記入不要)	No. 7	検体名	検体情報	弊社管理欄(ご記入不要)
No. 3	検体名	検体情報	弊社管理欄(ご記入不要)	No. 8	検体名	検体情報	弊社管理欄(ご記入不要)
No. 4	検体名	検体情報	弊社管理欄(ご記入不要)	No. 9	検体名	検体情報	弊社管理欄(ご記入不要)
No. 5	検体名	検体情報	弊社管理欄(ご記入不要)	No. 10	検体名	検体情報	弊社管理欄(ご記入不要)

⑤その他連絡事項をご記入ください

--	--	--	--	--	--	--	--

弊社管理欄(ご記入不要)							
受注No.		得意先コード		店舗コード		確認	受付
備考欄							