

# 検査申込書

## (微生物検査用)

株式会社北陸環境科学研究所

食品検査センター 行

太枠内は、記載必須事項となっております

ご依頼日	令和 年 月 日		
フリガナ			フリガナ
ご依頼者名 又は貴社名	®		ご担当者名
			部署名
住所	〒		
電話・FAX	( TEL )		( FAX )
E-mail			
お支払条件	<input type="checkbox"/> 成績書・請求書到着後		日以内
	<input type="checkbox"/> 日締め		日支払
検体発送時の温度	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍		
残試料の取扱い	<input type="checkbox"/> 返却	<input type="checkbox"/> 廃棄	※ご指定ない場合は廃棄します。返却の場合送料はお客様のご負担となります
容器の取扱い	<input type="checkbox"/> 返却	<input type="checkbox"/> 廃棄	

ご請求先がご依頼者と異なる場合は必ずご記入ください。

フリガナ			( TEL )
ご請求先名			( FAX )
住所	〒		

### 検査内容

報告書宛名			報告書部数	部 (1部追加につき500円)	
検体名称 (ご記入通り成績書に記載します。)			検査項目		
●			<input type="checkbox"/> 細菌数	<input type="checkbox"/> 酵母及びカビ	
●			<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ	
●			<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌0157	
			<input type="checkbox"/> 大腸菌E. coli	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌	
			<input type="checkbox"/> サルモネラ属菌	(026, 0103, 0111, 0121, 0145, 0157)	
			<input type="checkbox"/> セレウス菌		
計	検体		<input type="checkbox"/> カンピロバクター属菌	<input type="checkbox"/> 容器包装詰加圧加熱殺菌食品 (恒温試験・殺菌試験)	
特記事項 (ご記入通り成績書に記載します)			<input type="checkbox"/> 耐熱性芽胞菌	<input type="checkbox"/> その他の項目	
連絡事項			検査会社記入	単価	検体数
			検査手数料 (税抜き)	×	=

#### <注意事項>

- ・ 貴社製品以外のご依頼はあらかじめご相談ください。
- ・ 当社ホームページに記載の業務委託約款を必ずご確認の上ご依頼ください。(http://www.hokukanken.jp)
- ・ お申し込みにかかる契約の内容については、業務委託約款で定める条項が適用されます。

【試料送付先】株式会社北陸環境科学研究所 〒910-0026 福井市光陽4-4-27 TEL : 0776-22-2774 Fax:0776-22-1701	受領印
---	-----