

# 検査容器依頼書

Musashi  
Biomedical  
Laboratory

太枠内をご記入の上、FAXにてお送り下さい。

FAX No. **04-2964-6659**

**【依頼者さま】**

ご依頼日： 年 月 日

<b>貴社名</b>			
<b>所在地</b>	〒		
<b>部署</b> ：			<b>ご依頼者さま</b> ：
<b>TEL</b> ：			<b>FAX</b> ：

**【お届け先】** 上記以外の納品先の場合、以下にご記入下さい

<b>施設名</b>			
<b>所在地</b>	〒		
<b>部署</b> ：			<b>ご担当者さま</b> ：
<b>TEL</b> ：			<b>FAX</b> ：

**【依頼容器】** 「ご依頼数」をご記入下さい。

容器一覧	単位	ご依頼数	備考
A 保菌検査 (保存液入り容器)	1 個		
B 保菌検査 (保存液無し容器)	1 個		
C 保菌検査用袋	10 袋		
D 食品微生物検査 (滅菌袋)	1 袋		
E 拭き取り検査	1 本		
F 飲料水検査	1 セット		
G プール水検査	1 セット		
H トリハロメタン検査	1 セット		
I 浴槽水検査	1 セット		
J レジオネラ菌検査	1 セット		
K その他			

< 連絡事項 >

ご希望納品日： 月 日 ( AM ・ PM )

**【依頼 送付先】**

〒 358- 0013 埼玉県入間市上藤沢 309- 8  
TEL 04(2964)2621 FAX 04(2964)6659



埼玉県登録衛生検査所  
株式会社 武蔵臨床検査所  
F・サービス (Foods Safety Service)