環 境 検 査 依 頼 書

Musashi
Biomedical
Laboratory

株)武蔵臨床検査所 F・Sサービス 行

※太枠内をご記入下さい

受付番号 ＿＿＿＿＿＿ **受付日** ／ ／

依頼者（成績書宛名）			
所 在 地	〒		
ご担当者		**成績書 ： 郵 送 ・ 来 所**	
TEL ：		**FAX ：**	

材 料	落下 1	ヶ所	拭取り・綿棒	ヶ所
	落下 2	ヶ所	拭取り・スタンプ	ヶ所
	エアサンプラー	ヶ所	その他	ヶ所

コードNo	検 査 項 目	コードNo	検 査 項 目
	一般生菌数		腸炎ビブリオ
	大腸菌群数		腸管出血性大腸菌O－157
	大腸菌数		セレウス菌
	黄色ブドウ球菌		セラチア菌
	黄色ブドウ球菌（MRSA）		真菌（カビ類）
	サルモネラ属菌		その他

【依 頼 内 容】

No	試験品（検体）の名称	採 取 日	温度	湿度	備 考

＜連絡事項＞

注意事項〉 ◎受付終了後は原則として依頼内容の変更はできませんので、よくお確かめの上ご記入ください。
◎検査成績書の再発行は1年以内に限ります。また、再発行は有償となりますのでご了承下さい。
◎検査項目によっては、検査終了に多少時間がかかることがございますので、ご了承ください。

受付担当者		検査終了予定日		発送年月日	

【ご依頼・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・Sサービス（Foods Safety Service）