

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

貴社名			
所在地	〒		
部署 ：	ご依頼者さま：		
TEL ：	FAX ：		

【お届け先】 上記以外の納品先の場合、以下にご記入下さい

施設名			
所在地	〒		
部署 ：	ご担当者さま：		
TEL ：	FAX ：		

【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)