微生物検査依頼書 兼 受託確認書

業務約款に基づき、下記の通り業務を発注します。*(※業務約款は弊社WEBでご確認ください)*

発送日	年　月　日	発送(持ち込み)時の温度	☐ 常温　☐ 冷蔵　☐ 冷凍
貴社名		ご担当者	
部署名		E-mail	
ご住所	〒		
TEL		FAX	

報告書宛名（依頼者と異なる場合）			
送付先	〒		
TEL		FAX	

請求書宛名（依頼者と異なる場合）			
送付先	〒		
TEL		FAX	

特急検査（割り増し料金）	希望	検体返却（着払い）	希望	

ご依頼の目的　☐ 表示確認　☐ 品質管理　☐ クレーム処理　☐ 研究開発　☐ その他（　　）

検体名	検体識別記号（ロットNo.等）	重量

検査項目

☐ 一般生菌数（細菌数）	☐ カンピロバクター	☐ 真菌数（カビ・酵母）
☐ 大腸菌群	☐ セレウス菌	☐ カビ数
☐ 大腸菌（E.coli）	☐ 嫌気性菌	☐ 酵母数
☐ 黄色ブドウ球菌	☐ 好気性芽胞菌（耐熱性菌数）	☐ 乳酸菌数
☐ 腸炎ビブリオ（定性・定量）	☐ 嫌気性芽胞菌（クロストリジウム）	☐ 低温細菌数
☐ サルモネラ	☐ ウェルシュ菌	☐ リステリア菌
	☐ 無菌試験	
	☐ 細菌試験	☐ 細菌同定（同定キット）
	☐ 腸管出血性大腸菌（ベロ毒素産生菌）	☐ 細菌同定（PCR法）
	☐ 腸管出血性大腸菌O-157	☐ カビ同定（PCR法）
	☐ ノロウイルス	

上記にない項目は下の欄にご記入ください。

☐（　　）　☐（　　）

☐（　　）　☐（　　）

特記事項（検体内容の詳細、検査に関する指示事項、その他ご要望等ご記入ください。）：

上記内容にて受託確認しました

受託確認印

BUREAU VERITAS

ビューローベリタスジャパン株式会社　食品検査事業部　横浜分析センター
〒224-0033　横浜市都筑区茅ヶ崎東4-5-17　TEL 045-949-4664　FAX 045-949-4621

社内処理用欄								
受付日	/　/	受付温度帯	常温　冷蔵　冷凍	B	入力		確認	