

微生物検査(保存試験)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	<input type="checkbox"/> 常温	<input type="checkbox"/> 冷蔵	<input type="checkbox"/> 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			

指定保管温度	℃	検体返却 (着払い)	<input type="checkbox"/> 希望
--------	---	------------	-----------------------------

ご依頼の目的	<input type="checkbox"/> 表示確認	<input type="checkbox"/> 品質管理	<input type="checkbox"/> クレーム処理	<input type="checkbox"/> 研究開発	<input type="checkbox"/> その他 ()
--------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

検体名	検体識別記号 (ロットNo.等)	重量

検査実施日	検査項目						
	一般生菌数	大腸菌群	黄色ブドウ球菌	大腸菌 (E.coli)			
月 日 (日目)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 (日目)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 (日目)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 (日目)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 (日目)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 (日目)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 (日目)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 (日目)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
 ピ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