

微生物検査依頼書

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
到着予定日	年 月 日	検体送付先	<input type="checkbox"/> 島根出雲ラボ <input type="checkbox"/> 横浜ラボ
報告書(紙)送付(※)	<input type="checkbox"/> 必要	請求書(紙)送付(※)	<input type="checkbox"/> 必要
※ 報告書(紙)、請求書(紙)の送付には手数料を申し受けます。(2024年11月より)			
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)			
ご担当者		E-mail	
送付先	〒		
TEL		FAX	

請求書宛名(依頼者と異なる場合)			
ご担当者		E-mail	
送付先	〒		
TEL		FAX	

検体返却(着払い)	<input type="checkbox"/> 希望	結果連絡	PDF(メールにて送信)
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	

検査項目		
<input type="checkbox"/> 一般生菌数(細菌数)	<input type="checkbox"/> 嫌気性芽胞菌(クロストリジウム)	<input type="checkbox"/> 真菌数(カビ・酵母)
<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> ウェルシュ菌	<input type="checkbox"/> カビ数
<input type="checkbox"/> 大腸菌(E.coli)	<input type="checkbox"/> 無菌試験(恒温試験・細菌試験)	<input type="checkbox"/> 酵母数
<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/> 無菌試験(細菌試験のみ)	<input type="checkbox"/> リステリア属菌*
<input type="checkbox"/> 腸炎ピブリオ(定性)*	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌(ベロ毒素産生菌)	<input type="checkbox"/> リステリア・モノサイトゲネス(定性)
<input type="checkbox"/> 腸炎ピブリオ(定量)*	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌O-157	<input type="checkbox"/> リステリア・モノサイトゲネス(定量)
<input type="checkbox"/> サルモネラ属菌*	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌O-26	<input type="checkbox"/> 耐熱性好酸性菌(TAB)
<input type="checkbox"/> カンピロバクター	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌O-111	<input type="checkbox"/> 細菌同定(PCR法)
<input type="checkbox"/> セレウス菌	<input type="checkbox"/> 低温細菌数	<input type="checkbox"/> カビ同定(PCR法)
<input type="checkbox"/> 嫌気性菌	<input type="checkbox"/> 乳酸菌数	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 好気性芽胞菌(耐熱性菌数)	<input type="checkbox"/> ノロウイルス	

* : 微生物検査セット依頼時追加の場合割引

微生物検査セット。左記項目より選んでください

3項目セット (一般生菌数(細菌数) 大腸菌群 大腸菌(E.coli) 黄色ブドウ球菌)

4項目セット (一般生菌数(細菌数) 大腸菌群 大腸菌(E.coli) 黄色ブドウ球菌)

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。):



ビューローベリタスエフィーエーシー株式会社 島根県出雲本社
〒699-0624 島根県出雲市斐川町上直江1932 番地 TEL 0853-73-7810 FAX 0853-72-2830



ビューローベリタスエフィーエーシー株式会社 横浜分析センター
〒224-0033 神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎東4丁目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	受付番号	受付担当者	区分責任者