

微生物検査(保存試験)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				
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		

指定保管温度	℃	検体返却 (着払い)	<input type="checkbox"/> 希望	結果連絡	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> メール
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	大腸菌 (E.coli)	黄色ブドウ球菌			
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。) :



**BUREAU
VERITAS**

ビューローベリタスエフイーエーシー株式会社 検査部

〒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

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