

■ 検査依頼に関するお問い合わせ
株式会社BMLフード・サイエンス

TEL:03-5988-0217

この検査依頼書をFAXした後、検体に添付してお送りください

■ 検体送付先
株式会社BMLフード・サイエンス 微生物グループ
〒350-1101 埼玉県川越市の場1549-7 TEL:03-5988-0217

微生物検査依頼書(食品)

検体到着
予定日 2022年4月1日

① 貴社情報をご記入ください

貴社名(ご請求先)	〇〇株式会社	所属・店舗名等	△△工場
報告書宛名 (貴社名と異なる場合)	見本	ご担当者名	佐藤 太郎
		TEL(XX-XXXX-XXXX)	FAX(XX-XXXX-XXXX)

② 依頼検体の輸送方法、輸送温度にチェックを入れてください

輸送方法	宅配便・郵便 <input checked="" type="checkbox"/>	持ち込み <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>
------	--	-------------------------------	------------------------------

※ 検体の種類に合わせて、冷蔵、冷凍、常温でお送りください

輸送温度	冷蔵(10℃以下) <input checked="" type="checkbox"/>	冷凍 <input type="checkbox"/>	常温 <input type="checkbox"/>
------	---	-----------------------------	-----------------------------

③ 検査する項目をチェックしてください

一般生菌数 <input checked="" type="checkbox"/>	黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌O157 <input type="checkbox"/>	ノロウイルス <input checked="" type="checkbox"/>
大腸菌群 <input type="checkbox"/>	サルモネラ <input type="checkbox"/>	カンピロバクター <input type="checkbox"/>	
大腸菌 <input type="checkbox"/>	腸炎ビブリオ <input checked="" type="checkbox"/>	セレウス菌 <input type="checkbox"/>	

※ 検査目的が苦情調査品の場合は右記へ「申し出品」とご記載ください。申し出品に関する詳細は下記⑥にご記入ください

④ 規格試験による検査が必要な場合は、その旨と分類をご記入ください 例: 規格試験(加熱後摂取冷凍食品(凍結直前加熱))

規格試験: 生食用かき

⑤ お送りいただく検体の名称・情報をご記入ください

※ 検体名称・付記事項はご記入の通りに報告書に記載します

検体 No.1	検体名称 から付きかき	消費期限: 2022年4月1日 採取海域 〇〇海域	弊社管理欄(ご記入不要)
検体 No.2	検体名称		弊社管理欄(ご記入不要)
検体 No.3	検体名称		弊社管理欄(ご記入不要)
検体 No.4	検体名称		弊社管理欄(ご記入不要)
検体 No.5	検体名称		弊社管理欄(ご記入不要)

検査の注意事項のご記入をお願いいたします。
例①: 重量の関係で同一検体を2個送っていますが、1検体として検査してください。
例②: 検査で除外する部分がある際はご記入ください。
・エビの尻尾は除いて検査ください 等

⑥ その他連絡事項をご記入ください

からは取って検査してください。

弊社管理欄(ご記入不要)

受注No.		得意先コード		店舗コード		確認	受付	
備考欄								