

FAXNo. **06-4706-2500**

この依頼書をFAXした後、検体に添付してお送りください

宛先 (株)BMLフード・サイエンス 大阪検査センター
〒541-0046 大阪市中央区平野町2-5-4
TEL:06-4706-4400 FAX:06-4706-2500

微生物検査依頼書(食品)

検体到着 予定日	20			年			月			日
-------------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

① 貴社情報をご記入ください

貴社名(ご請求先)	所属・店舗名等								
成績書宛名 (ご依頼社と違う場合)	② 依頼検体の送り方等をチェックしてください								
ご担当者名									
TEL() FAX()	<table border="1"> <tr> <td>輸送方法</td> <td>宅配便・郵便</td> <td>持ち込み</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>輸送温度</td> <td>冷蔵 (10℃以下)</td> <td>冷凍</td> <td>常温</td> </tr> </table>	輸送方法	宅配便・郵便	持ち込み	その他	輸送温度	冷蔵 (10℃以下)	冷凍	常温
輸送方法	宅配便・郵便	持ち込み	その他						
輸送温度	冷蔵 (10℃以下)	冷凍	常温						

③ 検査する項目をチェックしてください

<input type="checkbox"/>	一般生菌数	<input type="checkbox"/>	黄色ブドウ球菌	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌O157	<input type="checkbox"/>	その他1
<input 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"/>	その他2
<input type="checkbox"/>	大腸菌	<input type="checkbox"/>	腸炎ビブリオ	<input type="checkbox"/>	セレウス菌	<input type="checkbox"/>	その他3

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))

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 No.1	検体名称	(ご記入の通りに成績書に記載します)	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください
	検体情報	(ご記入の通りに成績書に記載します)	
	特記事項	(検査目的等の注意点をご記入ください)	
検体 No.2	検体名称	(ご記入の通りに成績書に記載します)	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください
	検体情報	(ご記入の通りに成績書に記載します)	
	特記事項	(検査目的等の注意点をご記入ください)	
検体 No.3	検体名称	(ご記入の通りに成績書に記載します)	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください
	検体情報	(ご記入の通りに成績書に記載します)	
	特記事項	(検査目的等の注意点をご記入ください)	
検体 No.4	検体名称	(ご記入の通りに成績書に記載します)	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください
	検体情報	(ご記入の通りに成績書に記載します)	
	特記事項	(検査目的等の注意点をご記入ください)	
検体 No.5	検体名称	(ご記入の通りに成績書に記載します)	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください
	検体情報	(ご記入の通りに成績書に記載します)	
	特記事項	(検査目的等の注意点をご記入ください)	

BFS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								