株式会社BMLフード・サイエンス　福岡事業所

FAXNo.　092-432-0330

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 福岡検査センター 〒812-0857　福岡市博多区西月隈1-2-27 TEL:092-432-8441　FAX:092-432-0330

微生物検査依頼書(拭取り)

検体到着予定日	2	0			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)	
ご担当者名 TEL(　　)　FAX(　　)	

②依頼検体の送り方等をチェックしてください

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		

③検体情報をご記入ください

採取日、厨房名、立会い者名など
左記の検体に共通する検体情報
(ご記入の通りに成績書に記載します)

⑤お送りいただく検体の名称をご記入ください(ご記入の通りに成績書に記載します)

検体No.1	検体名	検体No.6	検体名
	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください		BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください
検体No.2	検体名	検体No.7	検体名
	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください		BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください
検体No.3	検体名	検体No.8	検体名
	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください		BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください
検体No.4	検体名	検体No.9	検体名
	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください		BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください
検体No.5	検体名	検体No.10	検体名
	BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください		BFS管理欄(ご記入不要) 記入しないでください

④検査項目をチェックしてください

	一般生菌数
	大腸菌群
	大腸菌
	黄色ブドウ球菌
	サルモネラ
	腸炎ビブリオ
	その他1
	その他2

BFS管理欄(ご記入不要)

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