

宛先

(株)BMLフード・サイエンス 微生物グループ  
〒350-1101 埼玉県川越市的場1491  
TEL:049-239-5380 FAX:049-239-5372

## 微生物検査依頼書(拭取り)

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)

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	<input type="checkbox"/>	宅配便・郵便	<input type="checkbox"/>	持ち込み	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>
輸送温度	<input type="checkbox"/>	冷蔵 (10℃以下)	<input type="checkbox"/>	冷凍	<input type="checkbox"/>		

## 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)

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

## 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)


## ④検査項目をチェックしてください

<input type="checkbox"/>	一般生菌数
<input type="checkbox"/>	大腸菌群
<input type="checkbox"/>	大腸菌
<input type="checkbox"/>	黄色ブドウ球菌
<input type="checkbox"/>	サルモネラ
<input type="checkbox"/>	腸炎ビブリオ
<input type="checkbox"/>	その他1
<input type="checkbox"/>	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		確認	受付	
備考欄								