

事前 FAX先 011-252-1718

食品微生物検査依頼書

お客様コード _____

ご担当者 _____ 様

ご依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お客様名 _____

TEL () _____ FAX () _____

受付No.	製品名(食材名)	検査項目(検査項目(検査項目(対象項目の口内にレ点を付けて下さい。その他がある場合は項目名をご記入下さい))	備考欄
		<input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <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"/> O157 その他項目()	
		<input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <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"/> O157 その他項目()	
		<input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <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"/> O157 その他項目()	
		<input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <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"/> O157 その他項目()	
		<input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <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"/> O157 その他項目()	
		<input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <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"/> O157 その他項目()	
		<input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <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"/> O157 その他項目()	
		<input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <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"/> O157 その他項目()	
		<input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <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"/> O157 その他項目()	
		<input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <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"/> O157 その他項目()	

お客様へ

- ・お手数ですが必要事項(ご依頼日, 製品名, 検査項目など)をご記入し予めFAXのうえ検体と一緒に右記送付先までご送付下さい。
- ・ご請求先、ご報告先がご依頼元と異なる場合はメモ欄にご記入下さい。

<メモ欄>

<検体送付先>

〒060-0033 札幌市中央区北3条東2丁目2番22 ひがしビル3階
OMリサーチ&コンサルティング株式会社
TEL:011-252-1717

OMリサーチ&コンサルティング株式会社