

# 微生物検査依頼書

(株)中央すりみ研究所 行



検体名 \_\_\_\_\_

依頼日	年 月 日
サンプル着日	年 月 日

※結果の希望期限がございましたら  
別途ご連絡ください。

依頼者		
住所	TEL:	FAX:
会社名		
部署名		
担当者		
成績書宛名(上記と異なる場合のみ記入)		

依頼目的: (該当番号に○印)		
1. 製品の検査	3. 外部に対する証明	5. その他( )
2. 保存性の検査	4. クレーム事故処理	

検査項目: (該当番号に○印)		
1. 微生物検査	2. その他の検査	

試料名 (ブランド、魚種、等級等)	試料数	検査項目	備考
		<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> E. coli(大腸菌) <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> 耐熱性菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌O-157 <input type="checkbox"/> セレウス
		<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> E. coli(大腸菌) <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> サルモネラ菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> 耐熱性菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌O-157 <input type="checkbox"/> セレウス
		<input type="checkbox"/> その他の検査(水分など) ( )	

上記試料について 1. 凍結食品 2. チルド食品 3. 常温流通食品 4. フローズンチルド ※喫食方法~(生食用・加熱用) 原産国名( ) 工場名( ) <注意事項> 1. 弊社は、受託した分析試験によって知り得た情報を御依頼者の同意なしに第三者に開示しません。 2. 提出された検体・容器は受付時に返却のご希望がない限り、試験終了後に廃棄させて戴きます。 3. 成績書の発行後は原則として、請求先、依頼者名、検体名の変更は出来ません。	(検体送付先) (株)中央すりみ研究所 検査部 微生物検査 アレルゲン検査担当 〒104-0055 東京都中央区豊海町14-6 Tel: 03-3534-1878 Fax: 03-3534-1877
---	--