

検査・分析依頼書

F A X : 052-532-1270

E-mail : info@kabikensa.com

一般社団法人 微生物対策協会カビ菌検査室宛

※太枠内の記入をお願い致します。

ご依頼日	年 月 日			
ご依頼者 会社名 または個人名	フリガナ	TEL		
	印	FAX		
		E-mail		
ご住所	フリガナ _____			
ご担当者	フリガナ			
	部署名	印		
報告書の宛名	フリガナ			
	※ご依頼者と異なる場合のみ記入			
報告方法	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 郵送(発行部数2部)			
検体採取先	フリガナ _____			
検査実施日	年 月 日 時～			
検査名称	※報告書に記載			
検査内容	数量	分析項目	同定菌種数	検体返送
落下菌		評価基準でレベル表示	生菌数	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
付着菌		同定試験・属まで	上位数種	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
水分含有率測定				
ご依頼目的	①検査実施日以前に本依頼書をお送り下さい。 ②培養後のシャーレは検査後すぐに廃棄致します。 (検体返送が必要な場合は着払での送付となります。) ③検査実施日より一週間以内に、御見積書に基づき検査費用をお振込み下さい。			
特記事項				

一般社団法人 微生物対策協会カビ菌検査室

〒 451-0022

愛知県名古屋市中区西区貝田町2丁目37番地の1

TEL:052-908-0058 FAX:052-532-1270 E-mail: info@kabikensa.com

※以下は微生物対策協会事務記録

受付日 年 月 日

担当者