

検査依頼書【細菌検査】

受付No.	
-------	--

※ 注意事項（赤字記載）をご確認の上、**太枠内について、ご記入および該当する ☐ にチェック**☑をお願い致します。

受付日	平成 年 月 日（ 曜日）	検体名:	鶏卵	(10)検体
報告予定日	平成 年 月 日（ 曜日）頃を予定	採材日:	2018 / 9 / 2	
送付日	2018 年 9 月 3 日（月 曜日）	受付完了の連絡を	受領印	
ご依頼者名	〇〇〇株式会社 様	☒ 希望する		
代理店名	〇〇〇株式会社 様	☐ 希望しない		
農場名(都道府県)	A農場 様（ B県 ）	(☐ FAX ☒ メール)		
ご連絡先	〒（ 379 ）-（ 2107 ） 群馬県前橋市荒口町561-21 TEL: ****_****_**** FAX: ****_****_**** email: *****@*****.com			
ご希望のご報告方法	☐ 郵送 ☐ FAX ☒ メール		ご担当者様 XXX	

※ 検体量が足りない場合は、**ご依頼いただいた検査項目を実施できない**ことがございますので、あらかじめご了承ください。

検体名	検体数	検査項目			
		サルモネラ	その他		
卵 内容物 検体明細：	10	定性検査	一般細菌数		
		血清型同定	大腸菌群数		
			ブドウ球菌数		
卵 卵殻 検体明細：	10	定性検査	一般細菌数		
		血清型同定	大腸菌群数		
			ブドウ球菌数		
卵 全卵 検体明細：	10	定性検査	一般細菌数		
		血清型同定	大腸菌群数		
			ブドウ球菌数		
検体明細：					
検体明細：					
検体明細：					

特記事項（その他、ご要望等をご記入ください。）

- 【以下の注意事項をご了解の上、ご依頼ください。】
- ※ 検査ご依頼の受付は、**1営業前日の16：00まで**とさせていただきます。
 - ※ ご依頼内容の不明点及び記載漏れ事項について、確認のご連絡をさせていただく場合がございます。
ご確認できない場合、検体到着から4日目以降は、**検体保管料（500円/検体/日）**が発生します。
 - ※ 至急の検査をご希望の場合、別途料金が発生する場合がございます。また時期によっては対応できない場合もございますのでご相談ください。