

1枚目

送付日	2025 年 4 月 1 日 火 曜日			受付No.	
検体名	鶏糞	検体数 (3) 検体	受付日	/ /	
			報告予定日	/ / 頃	
			SKKコンサル担当:		
依頼者名	正式名称をご記載ください。例: 名称(株式会社〇〇〇畜産) 系列農場名(××農場) 名称: (株式会社ABC養鶏) ご担当: 食環太郎 系列農場名 (DEF農場)				受付完了の連絡を ☒ 希望する ☐ 希望しない 連絡方法 ☐ FAX ☒ メール
	県名は必ずご記載ください。 住所: 〒123-456 〇〇県△△市□□町7-8-9 TEL: 01-234-5678 FAX: 01-234-5679 email: abcde@fghi.com				
農場名	正式名称をご記載ください。例: 名称(株式会社〇〇〇畜産) 系列農場名 名称: () () ご担当:				受領印
☒ 依頼者と同じ	県名は必ずご記載ください。 住所:				
☐ 匿名希望	TEL: FAX: email:				
ご希望の報告方法	依頼者: ☐ 郵送 ☐ FAX ☒ メール 農場: ☐ 郵送 ☐ FAX ☐ メール				
請求先	☒ 依頼者 ☐ 農場 ☐ その他の場合、下欄にご記載ください。 名称: ご担当: TEL FAX: 住所: email:				

検査目的	☒ 衛生管理	☐ 農場モニタリング	☐ クレーム対応	☐ 再検査	☐ 投与効果確認	☐ 製品確認
	☐ その他()					
投薬/ワクチン履歴	☐ 投薬(☐ 無 ☐ 有()) ☐ ワクチン歴 ()					

ロット No.	ロットNo.ごとに報告書を作成させていただきます。 ※個体ごとの検体明細は2枚目の【検体明細】をご利用ください。			検体数	検査項目								
	検体名		ロット名	3	サルモネ ラ 定性 検査	クロストリジ ウム・パーフ リンゲンズ 数							
	鶏	糞便	1号 A舎 ジュリアライト 45日齢										
	検体名		ロット名										
	検体名		ロット名										
	検体名		ロット名										
	検体名		ロット名										
	検体名		ロット名										
	検体名		ロット名										
	検体名		ロット名										
	検体名		ロット名										

--

・検体ご発送の際は内容物、臭いが漏れないように梱包していただき、冷蔵便でお送りください。（検体を凍結すると、細菌が検出されなくなる場合がございます。）
・投薬済み（治療済み）の検体である場合、病原菌が検出されなくなる可能性がありますので、あらかじめご了承ください。
・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、別除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。

【檢體明細】

以下の検体明細を報告書に記載させていただきます。

受付No.

ご依頼者

農場名

株式会社ABC養鶏 DEF農場

[illegible]