



# 保存検査依頼書

FAX:0155-66-6880

提出日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

依頼者名	ID. _____	部署名	部	課
		担当者名		様
住所	〒	電話:	FAX:	
		Email		

受付 NO	試験試料名 (成績書記載事項)	提出数	試験項目	
			保存検査	
			(検査日)保存日数	温度
1			( / / ) 初発	℃
2			( / / ) 日保管	℃
3			( / / ) 日保管	℃
4			( / / ) 日保管	℃
5			( / / ) 日保管	℃
6			( / / ) 日保管	℃
7			( / / ) 日保管	℃
8			( / / ) 日保管	℃
9			( / / ) 日保管	℃
10			( / / ) 日保管	℃

項目一覧	1.一般生菌数 2.大腸菌群 3.黄色ブドウ球菌 4.サルモネラ 5.O-157 6.拭取り検査 7.官能試験
------	--

備考	

受付日	年	受領者	※受領時温度
			1.常温
			2.冷蔵
			3.冷凍
	計	件	