

食 品 検 査 依 頼 書

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

依頼者名	ID	担当者名	様
		電話	
住所	〒	FAX	ご報告 FAX・メール
		メールアドレス	

受付 NO	試験試料名	提出数	試験項目 ※下記の番号をお書き下さい。
	(成績書記載事項)		
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

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.大腸菌(E-coli) 7.乳酸菌数 8.カビ検査 9.リステリア 10.カンピロバクター
------	---

備考	
----	--

札幌臨床検査センター(帯広営業所)
 帯広市東2条南17丁目7番地
 TEL(0155)66-6868 FAX(0155)66-6880
 obirin_animalenv@saturin.co.jp

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