

検査依頼書

受付日

/

枠内をご記入いただき、**試験品と一緒に**この検査依頼書をご提出ください。

貴社名 (ご請求先)			
ご住所	〒		
TEL		ご所属部署	
FAX		ご担当者名	

検査項目

微生物検査	<input type="checkbox"/> 一般細菌数(生菌数)	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 大腸菌	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	
	<input type="checkbox"/> サルモネラ	<input type="checkbox"/> カンピロバクター	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ	<input type="checkbox"/> 乳酸菌	
	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌O-157		<input type="checkbox"/> セレウス菌	<input type="checkbox"/> ウエルシュ菌	
	<input type="checkbox"/> 真菌 (次のA,Bの内、それぞれ、いずれか一つを選択)				
	A <input type="checkbox"/> 酵母 <input type="checkbox"/> カビ <input type="checkbox"/> 酵母・カビの両方 <input type="checkbox"/> 区別しない			報告書表記の違い 定性…陰性or陽性 定量…陰性or検出数	
	B <input type="checkbox"/> 定性 <input type="checkbox"/> 定量				
	<input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> 経時検査 (次項の標記事項欄に条件温度、時間(例 10°C、24時間後)をご記入ください。)				
理学検査	<input type="checkbox"/> 栄養成分 表示義務5成分 (エネルギー・たんぱく質・脂質・炭水化物・食塩相当量)				
	<input type="checkbox"/> 食物繊維・糖質+栄養成分 表示義務5成分				
	<input type="checkbox"/> ヒスタミン	<input type="checkbox"/> 残留農薬一斉分析(いずれか一つを選択⇒)	<input type="checkbox"/> 100項目	<input type="checkbox"/> 200項目	<input type="checkbox"/> ↓項目数指定
	<input type="checkbox"/> その他() [項目]				

報告書に表記する試験品名、標記事項をご記入ください

No.	試験品名	標記事項
1		
2		
3		
4		
5		
備考		

株式会社関西環境センター

〒 599-8276

大阪府堺市中区小阪 2 0 4 - 2 7

TEL : 072-281-0521

FAX : 072-281-3315