

FARL《ファール》検査依頼書 (食品:微生物検査)

<microb-skk>

記入例

TEL:027-289-3802 もしくは farl@allergyfood-anshin.com

印刷の上、検体に同封して下さい 送付先: (株)アレルギー食品検査センター 群馬県前橋市今井町514-7 TEL 027-289-3800

依頼書は必ずFAXまたはEmailで送信願います!

結果速報を希望される方は
TEL、FAX、Emailよりお選びください

結果速報を希望される方はFAX、Emailを
お選びください

報告方法	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input checked="" type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> 郵送	希望しない	受領印
保存条件	<input checked="" type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 暗所	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する	
検体送付日	平成 22 年 7 月 1 日 (木曜日) 時頃	<input type="checkbox"/> FAX <input checked="" type="checkbox"/> e-mail	
事業者名 または 個人名	フリガナ カバシキガイシャ ファール 株式会社 FARL	TEL	027-289-3801
		FAX	027-289-3802
		e-mail	farl@allergyfood-anshin.com
ご住所	フリガナ 〒 379-2116 群馬県前橋市今井町514-7		
ご担当者	フリガナ ヤマダ イチロウ 部署・ 役職 品質管理課・課長 山田 一郎 様	その他、ご報告・ご請求に関する要望など	
報告書の 宛名	フリガナ ○△□商事 <small>※ご依頼者と異なる場合にご記入ください</small>		

報告書に依頼者と異なる依頼社名を
記載する場合のみ記入

お客様記入欄と異なる報告書送付先や請求書
送付先をご指定される場合。 その他、検査に
関する要望がありましたらご記入ください

ご希望の検査項目をチェック

項目に書いていない検査は
手書きにて記入

	検体 1	検体 2
名称 <small>※報告書に 記載します</small>	おいしいクッキー	
回収・採材	平成 年 月 日 ()	
種別	<input checked="" type="checkbox"/> 惣菜・調理加工食品 <input type="checkbox"/> 菓子類 <input type="checkbox"/> 農産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 畜産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 水産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 調味料・香辛料 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
主な原材料	小麦、卵、塩、くるみ	
検査部位	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定 () <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定 ()	
検査項目	<input checked="" type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群 (陰・陽判定) <input type="checkbox"/> 大腸菌群 (陰・陽判定) <input type="checkbox"/> E. coli (陰・陽判定) <input type="checkbox"/> E. coli (陰・陽判定) <input type="checkbox"/> サルモネラ (陰・陽判定) <input type="checkbox"/> サルモネラ (陰・陽判定) <input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群数 <input type="checkbox"/> 真菌数(カビ) <input type="checkbox"/> 乳酸菌数 <input checked="" type="checkbox"/> (病原性大腸菌 O-157) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/>	

※ 御不明な点がございましたら、お問い合わせください。

食品検査受託 FARL《ファール》 TEL:027-289-3800

【注意事項】 1.お申し込み後、本書を作成し検体に同封して送付して下さい(着日は土日祝を避けて下さい) / 2.至急の場合はお申し込み時にご相談下さい / 3.検体の返却は原則おこないません。必要な場合は特記事項欄に明記して下さい / 4.検査・分析方法は法令・文献等に基づく方法、または弊社の方法に依ります。指定される場合は、特記事項・要望事項欄に明記して下さい / 5.検体の種別等の情報は検査・分析に重要ですので、なるべく詳細にご記入願います。