

検査受付票（微生物）

送付先 Fax 076-269-2391

一般財団法人石川県予防医学協会 行

下記注意事項についてご確認の上、太枠内をご記入ください。

記入年月日	平成 年 月 日	検体到着予定日	平成 年 月 日
ご依頼者	フリガナ 名称		
	住所 〒		
連絡担当者	所属	氏名	
	TEL :	FAX :	
【緊急連絡先】	TEL;		
結果の速報	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他 ()		
残検体の取扱い	<input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 廃棄 ご指定ない場合は廃棄。返却の場合送料はお客様ご負担となります。		

ご請求書名・結果依頼者名がご依頼者と異なる場合は必ずご記入お願いいたします。

<input type="checkbox"/> 結果依頼者名	フリガナ 名称
<input type="checkbox"/> 請求書名	住所 〒
<input type="checkbox"/> その他 ()	

備考

検体名	検査項目
生菌数・大腸菌群・大腸菌 真菌(カビ・酵母)・好気性芽胞形成菌 その他()	腸管出血性大腸菌・腸管出血性大腸菌(O157) 黄色ブドウ球菌・サルモネラ・ 腸炎ピブリオ・セレウス菌・カンピロバクター
検査部位指定 無し 有()	結果書記載事項(そのまま記載) 製造日・賞味期限等
検体名	検査項目
生菌数・大腸菌群・大腸菌 真菌(カビ・酵母)・好気性芽胞形成菌 その他()	腸管出血性大腸菌・腸管出血性大腸菌(O157) 黄色ブドウ球菌・サルモネラ・ 腸炎ピブリオ・セレウス菌・カンピロバクター
検査部位指定 無し 有()	結果書記載事項(そのまま記載) 製造日・賞味期限等
検体名	検査項目
生菌数・大腸菌群・大腸菌 真菌(カビ・酵母)・好気性芽胞形成菌 その他()	腸管出血性大腸菌・腸管出血性大腸菌(O157) 黄色ブドウ球菌・サルモネラ・ 腸炎ピブリオ・セレウス菌・カンピロバクター
検査部位指定 無し 有()	結果書記載事項(そのまま記載) 製造日・賞味期限等

【注意事項】 必ずお読みください。

- ・ 結果書発行後は依頼者名、請求先、検体名ともに変更できません。
- ・ 食品(試料)の性状によっては検査が出来ない場合があります。予めご了承ください。
- ・ 結果書の再発行は発行後1年以内に限ります。再発行手数料を別途申し受けます。
- ・ 初めてご利用の場合、前金をお願いしております。入金確認次第、結果書発行いたします。

問合せ先/送付先：一般財団法人 石川県予防医学協会 環境検査部 〒920-0365 金沢市神野町東115番地 TEL：076-269-2344	受領印	税込み金額
結果速報 予定日 月 日	検体によっては予定日に報告できない場合がございます。予めご了承ください。	