

## 細菌検査受付票

F A X 076-269-2391

一般財団法人石川県予防医学協会 行

受付番号	
受付年月日	年 月 日
検体到着予定日	2022 年 4 月 5 日

※ 下記注意事項をご確認の上、太枠内をご記入ください。

ご依頼者 (一)連絡先	フリガナ: <u>イッパンザイダンホウジン</u> <u>イシカワケンヨボウイガクキョウカイ</u>
	名称: <u>一般財団法人 石川県予防医学協会</u>
	〒 <u>920-0365</u> 住所: <u>石川県金沢市神野町東 1 1 5 番地</u>
	連絡担当者 部署: <u>環境検査部</u> 氏名: <u>予防太郎</u> TEL: <u>076-269-2344</u> FAX: <u>076-269-2391</u>
【緊急連絡先】	TEL:
異なる場合のみ記入 上記のご依頼者様と	<input type="checkbox"/> 報告書 宛名 名称:
	<input type="checkbox"/> 請求書 住所:
	<input type="checkbox"/> 報告書 送付先 名称:
	<input type="checkbox"/> 請求書 住所:
<b>上記のご依頼者様と異なる場合のみご記入ください。</b>	
結果書書式	全検体一括 ・ <u>検体別</u>
結果のFAX	<u>不要</u> ・ 要 ※ メールでの速報は、受け付けておりません。
希望の場合のみ記入	返却品 検体 ・ 容器
	返却方法 窓口 ・ 宅配便(着払い)
書類のお渡し方法	<u>郵送</u> ・ 窓口
<b>返却を希望される場合のみご記入ください。</b>	

検体名	検査項目(該当項目を○で囲むか、その他欄にご記入ください)
① <u>クッキー</u>	汚染指標菌 <input checked="" type="checkbox"/> <u>生菌数</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>大腸菌群</u> ・ 大腸菌 ・ <input checked="" type="checkbox"/> <u>黄色ブドウ球菌</u> ・ 腸炎ビブリオ ・ セレウス菌 ・ 真菌(カビ・酵母) ・ 乳酸菌 ・ サルモネラ ・ カンピロバクター ・ 好気性芽胞形成菌 ・ 嫌気性芽胞形成菌 腸管出血性大腸菌(O157) その他( )
	検査部位指定
<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有( )	<u>製造日 2022.4.1</u>

その他の  
ご要望等**注意事項を必ずご確認ください。**

## 【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。
- ・ 至急対応の場合、検査料金は5割増となります。
- ・ 検査方法は、指定の方法がない場合は各種規定に基づく方法、あるいは当協会の方法によります。
- ・ 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。

問い合わせ先 / 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	担当者
--------------	--	-----