

# 検査依頼書

☆太枠内をご記入下さい。

検査品を着日に検査いたします。別日をご希望の場合はご指示下さい。 No. - -

検体到着予定日		年	月	日	受付日	年	月	日	配送・収去・持込
ご依頼者（ご連絡先）	社名								
	住所								
	所属		氏名		印	TEL			
ご要望等、特記事項					FAX				
					メール <small>フリーメールアドレス(Gmail やYahoo mail 等は、社内セキュリティにより送信することができません。)</small>				
送付先がご依頼者と異なる場合ご記入ください	社名								
	住所	〒							
	所属		氏名						

品名	検査項目(○をつけてください)										金額等
	大腸菌群	黄色ブドウ球菌	一般細菌	サルモネラ	腸炎ビブリオ	大腸菌(Φ:811)					
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
報告書 記載事項											

以下 弊社使用欄(営業担当者記入欄)		営業担当者:							
顧客		報告書形式	コ	ワ	(副	部)			
部		負担率:	%						
部門		個別	< 有 ・ 無 >						
取引先 or ブランド名		判定	< 有 ・ 無 >						
			< 定 ・ 不定 >						