

食 品 細 菌 検 査 依 頼 書

年 月 日

函 館 市 長 様

住 所 :

依 頼 者 名 :
(会 社 名)

電 話 番 号 :

来 所 者 氏 名 :

次のとおり、食品細菌検査を依頼します。

検査項目および件数(依頼する項目に☑して、検査件数、金額および内訳を記入してください。)

検 査 項 目	単価(円)	件 数	金 額 (円)	内 訳
<input type="checkbox"/> 大 腸 菌 群 最 確 数	5,200			(内訳)その他の細菌
<input type="checkbox"/> 大 腸 菌 群 数	3,500			黄色ブドウ球菌 件 セレウス菌 件 サルモネラ属菌 件 エルシニア 件
<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌	5,200			腸炎ビブリオ 件 芽 胞 数 件 E . c o l i 件 件
<input type="checkbox"/> 一 般 生 菌 数	3,500			(内訳)特殊なもの
<input type="checkbox"/> そ の 他 の 細 菌	5,200			レ ト ル ト 件 クロストリジア 件 ウ ェ ル シ ュ 件 件
<input type="checkbox"/> 特 殊 な も の	5,500			カンピロバクター 件 件 リ ス テ リ ア 件
		合 計		

検 体 名 称 (成績書に印字される名称となります。)

番 号	名 称	備 考
1		
2		
3		
4		

検 体 名 称 (成績書に印字される名称となります。)

番 号	名 称	備 考
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		