

FAX送付先 (083)922-6552
山口県学校保健予防会 宛

食品細菌検査申込書

申込年月日	平成 年 月 日	担当	
施設名			
所在地			
電話番号		FAX番号	
検査物名			
検査物数			
検査項目	(<input type="checkbox"/>)一般細菌数 (<input type="checkbox"/>)大腸菌(定性) (<input type="checkbox"/>)大腸菌群(定性・定量) (<input type="checkbox"/>)黄色ブドウ球菌(定性) (<input type="checkbox"/>)サルモネラ属菌(定性) (<input type="checkbox"/>)カンピロバクター(定性) (<input type="checkbox"/>)O-157(定性) (<input type="checkbox"/>)腸炎ビブリオ(定性)		
検査希望月	平成 年 月	上旬 中旬 下旬	
希望事項			

予 防 会 記 載 欄

検査料金	円	得意先コード	
検査日	平成 年 月 日		
備考			

※1 上欄の太枠内について記載してください。

※2 検査日はあらかじめ調整させていただきますのでご了承ください。