

* 太字内については記入してください。

試験検査依頼書

* 試料番号	N
* 受注CD	

見積書No.	無・有 (No.)	受付年月日	年	月	日
結果書発行の有無	有・無 ()	完了年月日	年	月	日

依頼者	依頼者	フリガナ 名称	様			
		住所 〒				
	受付時持ち込み者	所属	氏名	様		
	連絡担当者	所属	氏名	様		
		TEL :	FAX :			
	被験者区分	食品従事者・ 給食従事者・ 水道従事者・ その他 ()				
	成績書宛名	名称	様	依頼者と同じ		
		住所 〒	依頼者と同じ			
	成績書の受取方法	郵送	来社			
		名称	様	依頼者と同じ	成績書宛名と同じ	
住所 〒		依頼者と同じ			成績書宛名と同じ	
検査料金の請求書宛名	名称	様	依頼者と同じ	成績書宛名と同じ		
	住所 〒	依頼者と同じ			成績書宛名と同じ	
請求書の受取方法	郵送	来社				
	名称	様	依頼者と同じ	成績書宛名と同じ		
	住所 〒	依頼者と同じ			成績書宛名と同じ	
支払方法	現金 (受付時支払済 ・ 未納) ・ 銀行振込 ・ その他 ()					
希望納期	年 月 日					

検査項目	赤痢菌・サルモネラ (名)
	腸管出血性大腸菌 (0157) (名)
	その他 (名)

No.	氏 名	No.	氏 名
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

結果連絡	結果書FAX : 必要・不要	完了連絡 (TEL) : 必要・不要
検査料金	単価 (税込)	× 総検体数 = 検査手数料 (税込)
	@	

備考			
----	--	--	--

受取者	受取時間	金額確認者	入力者
	:		