

# 消費(賞味)期限検査依頼書

Musashi  
Biomedical  
Laboratory

太枠内をご記入下さい

受付番号

受付日 / /

御社名		部署名		ご担当者	
検体名					
保管温度	常温(室温) - 20 5 8 10 25 30 37 その他( ) (その他の場合はご連絡ください。)				
保管日数の表示と保管条件	製造日( 年 月 日)からの日数を保管日数(検査する日)にする。 弊社に到着してからの日数を保管日数(検査する日)にする。				

検査回数	保管日数(時間)	検査項目								
		基本セット ・一般生菌数 ・大腸菌群数 ・黄色ブドウ球菌	一般生菌数	大腸菌群数	大腸菌数	黄色ブドウ球菌	腸炎ヒブリオ	サルモネラ属菌	腸管出血性大腸菌 O157	真菌(カビ類)
1	初発(到着日に検査)									
2	日間保管									
3	日間保管									
4	日間保管									
5	日間保管									
6	日間保管									
7	日間保管									
8	日間保管									
9	日間保管									
10	日間保管									


報告書FAX	希望する	報告書の発行形式	全日数一括	各日数別
--------	------	----------	-------	------

< 連絡事項 >

検体の送付方法 (FAXでご依頼の場合のみ 記入ください)	御社様(お客様)手配( 月 日発送) 弊社手配(回収の詳細はTELさせていただきます。)ご担当者様: _____ 様
-------------------------------------	---

## 注意事項

- 検体の発送時に、この依頼書を同梱してください。
- 希望する消費(賞味)期限に 1.25を乗じた日数を検査(保管)期間にしてください。
- ・1回(1日)の検査に必要な検体量は 50gです。(乾燥食品、高級品はご相談ください)
- 開封すると急激に劣化が進むもの(真空パック・ガスパック等)は検査回数分の検体数をご用意ください。  
(到着後開封して保管するものを除く)
- 検体の合計サイズが三辺合計 90cmを超える場合は保管場所の確認が必要ですので事前にご確認ください。
- 宅配便利用時は検体に合ったサイズの箱での送付に、ご協力ください。

<b>【ご依頼 送付先】</b> 〒 358-0013 埼玉県入間市上藤沢 309-8 TEL 04(2964)2621 FAX 04(2964)6659		埼玉県登録衛生検査所 株式会社 武蔵臨床検査所 F・サービス(Foods Safety Service)
---	---	--