

試験検査依頼書

※太枠内についてご記入下さい。

見積書No.	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.	試料番号	N		
		受注CD			
		受付年月日	年	月	日
		完了年月日	年	月	日

依頼者	住所	〒			
	フリガナ				
	名称・屋号				
	連絡担当者	所属		氏名	
		TEL		FAX	
			E-mail		

※成績書宛名・請求書宛名・各送付先が、上記と異なる場合はご記入下さい。

宛名・送付先	成績書宛名	住所	〒
		名称	
	請求書宛名	住所	〒
		名称	
	成績書送付先	住所	〒
		名称	
	請求書送付先	住所	〒
		名称	

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 来社	完了電話連絡	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要	連絡者	年	月	日	印
支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 (<input type="checkbox"/> 受付時お支払済 <input type="checkbox"/> 未納)			<input type="checkbox"/> 銀行振込	<input type="checkbox"/> その他					
希望納期	年		月	日						
結果連絡	<input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/> 必要 (<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail : _____)		押印					

被験者区分	<input type="checkbox"/> 食品従事者 <input type="checkbox"/> 給食従事者 <input type="checkbox"/> 水道従事者 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
検査項目	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ				(_____) 名
	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ・腸管出血性大腸菌 (0-157)				(_____) 名
	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ・腸管出血性大腸菌 (0-157・0-26)				(_____) 名
	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ・腸管出血性大腸菌 (0-157・0-26・0-111)				(_____) 名
	<input type="checkbox"/> その他 (腸チフス・パラチフス)				(_____) 名
	<input type="checkbox"/> ノロウイルス(遺伝子検査) (_____) 名		<input type="checkbox"/> ノロウイルス(抗原検査) (_____) 名		

(センター記入欄)	No.	氏名	性別	年齢	採取月日	備考
	1				月 日	
	2				月 日	
	3				月 日	
	4				月 日	
	5				月 日	
	6				月 日	
	7				月 日	
	8				月 日	

搬入方法 持ち込み 郵送 宅配 クール宅配 センター採取・収集者 (_____)

検査料金	本体価格	円 総額 (税込)			円	依頼内容承認(サイン) ※ご記入内容・検査料金
備考						
受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	計量管理者 技術管理責任者	サンプリング	
-	-	-	-	-	月 日	

(センター記入欄)	No.	氏名	性別	年齢	採取月日	備考
	9				月 日	
	10				月 日	
	11				月 日	
	12				月 日	
	13				月 日	
	14				月 日	
	15				月 日	
	16				月 日	
	17				月 日	
	18				月 日	
	19				月 日	
	20				月 日	
	21				月 日	
	22				月 日	
	23				月 日	
	24				月 日	
	25				月 日	
	26				月 日	
	27				月 日	
	28				月 日	
	29				月 日	
	30				月 日	
	31				月 日	
	32				月 日	
	33				月 日	
	34				月 日	
	35				月 日	
	36				月 日	
	37				月 日	
	38				月 日	
	39				月 日	
	40				月 日	