

食品検査ご依頼書

貴社名			
所属部署名		ご担当者名	様
TEL		FAX	
ご住所	〒		

製造日
 _____年 _____月 _____日

消費期限
 _____年 _____月 _____日
 賞味期限
 _____年 _____月 _____日

検査内容

検査No.	品名	検査項目			
		一般生菌数	大腸菌群	大腸菌	黄色ブドウ球菌
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

検査実施項目に○を付けて下さい。他の検査項目希望方は空欄に記入して下さい

備考・ご連絡事項

検体発送先

送付の際には必ず
この用紙を同封して下さい

お問合せ先

〒411-0848
 静岡県三島市緑町 19-23
 (株)マリス分析センター静岡ラボ
 担当：濱口 TEL:055-981-5865
 クール(冷凍) 便にて発送して下さい

〒182-0035
 東京都調布市上石原 1-25-47
 (株)マリス分析センター 本社
 TEL : 042-499-8885
 FAX : 042-499-8889