

食品検査依頼書

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

実施日 年 月 日 ご依頼件数 件

検査内容						
検査No.	食品検体名	検査項目				
		一般生菌数	大腸菌群	黄色ブドウ球菌	大腸菌	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
		検査実施項目に○を付けて下さい。他の検査項目希望の方は空欄に記入して下さい。				
備考・ご連絡事項						

検体発送先

〒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 宛
クール(冷凍)便にて発送して下さい
着払い不可

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

〒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
お問い合わせはこちらにご連絡下さい