

検査依頼申請書

平成 年 月 日

(公財) 神奈川県学校給食会 殿

依頼者

代表者名

所在地

電話

次のとおり依頼します。

項目	記載欄	
検査項目 (該当するところに○)	細菌数	
	大腸菌群	
検体名		
同採取年月		
同採取場所		

注1) 予め電話連絡をお願いします。

注2) 受付時間 月曜日及び火曜日の午後1時まで

注3) 搬入について 製品は冷却してから滅菌容器に詰め、冷却した状態でお持ちください。
(クーラーボックスに保冷剤を入れる等)