

【鶏（卵・血液）】試験依頼書

記入日 年 月 日 太枠内の記入をお願いします。

事業所名		受付番号	
所属		受付日	年 月 日
所在地	〒	ご担当	様
E-mail		電話	
ご依頼の目的	・品質管理 ・調査研究 ・流通販売 ・クレーム処理 ・栄養表示 ・公用 ・その他（ ）	ファクシミリ	
		報告	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ファクシミリ

検体情報を記載し、検査項目にチェックを入れてください。

検体名称		検体数	
卵	中身	<input type="checkbox"/> 一般生菌数+大腸菌群数+サルモネラ菌	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌
	卵殻表面	<input type="checkbox"/> 一般生菌数+大腸菌群数+サルモネラ菌	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌
	卵質	<input type="checkbox"/> ハウユニット	
	品質	<input type="checkbox"/> 残留抗生物質検査	<input type="checkbox"/> 栄養成分分析
血液	鶏マイコプラズマ症	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ・ガリセプティカム (MG)	
		<input type="checkbox"/> マイコプラズマ・シノビエ (MS)	
その他	<input type="checkbox"/> ()		

検査結果についてご説明が必要であれば左欄にチェックを入れてください。 必要検体は冷蔵便での送付をよろしくお願い致します。
ご不明な点があればお問い合わせください。

【特記事項】

お問い合わせ・検体送付先：

株式会社 AHC 附属病院

〒371-0831 群馬県前橋市小相木町 343-1

(電話：027-253-1515 ファクシミリ：027-252-9369)

弊社の検査利用規約にご承諾をお願いします。ご依頼を以て検査利用規約をご承諾頂いたものとしてお取り扱いさせていただきます。

【鶏（卵・血液）】試験依頼書

記入日 年 月 日 太枠内の記入をお願いします。

受付番号

記入例

事業所名	株式会社 AHC	受付日	年 月 日
所属	品質管理室	ご担当	品質 太郎 様
所在地	〒371-0831 群馬県前橋市小相木町 343-1	電話	012-3456-7890
E-mail	123abc@efg.com	ファクシミリ	012-3456-7891
ご依頼の目的	・品質管理 ・調査研究 ・流通販売 ・クレーム処理 ・栄養表示 ・公用 ・その他 ()	報告	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ファクシミリ

検体情報を記載し、検査項目にチェックを入れてください。

検体名称 鶏卵（採卵日 2018 年 10 月 10 日） 検体数 1 パック

卵	中身	<input checked="" type="checkbox"/> 一般生菌数+大腸菌群数+サルモネラ菌 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌
	卵殻表面	<input type="checkbox"/> 一般生菌数+大腸菌群数+サルモネラ菌 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌
	卵質	<input type="checkbox"/> ハウユニット
	品質	<input type="checkbox"/> 残留抗生物質 <input type="checkbox"/> 栄養成分分析
血液	鶏マイコプラズマ症	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ・ガリセプティカム (MG) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ・シノビエ (MS)
	その他	<input type="checkbox"/> ()

検査結果についてご説明が必要であれば左欄にチェックを入れてください。 必要検体は冷蔵便での送付をよろしくお願い致します。
ご不明な点があればお問い合わせください。

【特記事項】

お問い合わせ・検体送付先：

株式会社 AHC 付属病院

〒371-0831 群馬県前橋市小相木町 343-1

(電話：027-253-1515 ファクシミリ：027-252-9369)

弊社の検査利用規約にご承諾をお願いします。ご依頼を以て検査利用規約をご承諾頂いたものとしてお取り扱いさせていただきます。