

空中浮遊菌試験依頼書

記入日 年 月 日 太枠内の記入をお願いします。

受付 No.	
受入	<input type="checkbox"/> 運送 <input type="checkbox"/> 担持 <input type="checkbox"/> 願持

事業所名		受付日	年 月 日
所属		ご担当	様
所在地	〒	電話	
E-mail		ファクシミリ	
ご依頼の目的	・衛生管理 ・調査研究 ・クレーム処理 ・その他 ()	報告	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ファクシミリ
サンプリング	<input type="checkbox"/> エアースンプラーのレンタル希望 (機器のみのレンタルはできません) <input type="checkbox"/> AHC社によるサンプリングを希望する		

- 部屋名や実施日時、成績書に記載が必要な場合にご記入ください。
- エアースンプラーレンタルを希望の場合、当社から機器と採取用培地を送付致します。
- 送付先が事業所名・住所と異なる場合は、特記事項にご記入下さい。

No.	施設名 (部屋名)	検査項目
1		
2		
3		
4		
5		
6		

No.	単一項目	No.	セット項目		その他
1	一般生菌数	4	一般生菌数+大腸菌群数	7	黄色ブドウ球菌
2	大腸菌群数	5	一般生菌数+カビ・酵母	8	抗酸菌
3	カビ・酵母	6	一般生菌数+大腸菌群数+カビ・酵母	9	レジオネラ菌

No. を検査項目欄に記載して下さい。1 部屋単位での設定になります。

【特記事項】

お問い合わせ・検体送付先：

株式会社 AHC 食品あんしん検査課 〒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および[エアースンプラー利用規約](#) (レンタル希望のみ) にご承諾が必要になります。

ご依頼を以て規約の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。