

FAXの場合 078-362-5590

見積依頼書(WEB受付)

平成 年 月 より、別紙詳細の検査を委託致します。

※至急の場合、✓

ふりがな 依頼者様正式名称				
ご住所				
TEL		FAX		
ふりがな ご担当者名				
所属部署(お役職)				
ご請求先名称				
ご請求先住所				
腸内細菌検査	実施人数	名	毎月 / スポット	回 / 年(検査回数)
	検査項目 ※右記から選択下さい	①赤痢・サルモネラ属菌・腸チフス・パラチフス ②赤痢・サルモネラ属菌・腸チフス・パラチフス・O157 ③赤痢菌・サルモネラ属菌・腸チフス・パラチフス・腸管出血性大腸菌 ④赤痢菌・サルモネラ属菌・腸チフス・パラチフス・O157・O26・O111 ⑤その他要望あり		
ノロウイルス検査	実施人数	名	毎月 / 冬季 / スポット	PCR / イムノクロマト法
厨房衛生検査	実施厨房数	施設	拭取箇所数	箇所
食品検査	1. 微生物検査 2. 成分分析 3. 保存検査 4. 異物同定検査			
	微生物検査 ※右記から選択下さい	①一般生菌数・大腸菌群数セット ②一般生菌数・大腸菌群数・黄色ブドウ球菌数セット		
	その他検査項目 は概要を記載			
お支払い方法	毎月 日〆 → 翌月 ・ 翌々月 日支払い			
備考 貴社コメント欄	※見積もり検査項目に○付と必要事項の記載をお願い致します。			

弊社記入欄 (検査内容)	検便・検査項目	
	検査料金(単価)	
	回収方法	
	バーコード対応	

【 注意 】

- ①お支払い時の手数料につきましてはお客様のご負担でお願い致します。
- ②実施人数に変更が生じた場合、料金表に基づき単価を変更する場合がありますので必ず
お申し出下さい。