

FAX専用 日本総合科学 検査・分析依頼書（検便用）

■ 太枠内のみご記入ください。

受付年月日

年

月

日

フリガナ		依頼年月日	年	月	日
依頼者名 (法人の方は会社名)					
ご住所	〒□□□-□□□□	都道府県			
フリガナ		フリガナ			
所属部署名 (法人の方のみ)		担当者名			
TEL		FAX			

上記の依頼者名と報告書宛名が異なる場合はこの欄に記入してください。

■ ご依頼セット名に○印をつけてください。

セット名	○	項目
NS-1		赤痢菌・サルモネラ・腸チフス・パラチフス・腸管出血性大腸菌
NS-2		赤痢菌・サルモネラ・病原性大腸菌
NS-3		赤痢菌・サルモネラ・腸チフス・パラチフス・病原性大腸菌
NS-4		ノロウイルス（BLEIA 法）
NS-5		ノロウイルス（リアルタイム PCR 法）
その他		

■ 提出者名簿（検査対象者の氏名を記入してください。）

番号	氏名	チェック欄	番号	氏名	チェック欄
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

備考

今後弊社からの分析等のご案内が不要な方はチェックしてください。→

受領確認者：

担当営業員：

送信方向

FAX:084-957-0693

試料をお送りになる前にご連絡ください。
 試料は「食品衛生事業部」あてにご送付ください。



人と環境との調和をめざして

株式会社 日本総合科学

〒721-0957

広島県福山市箕島町南丘 399 番地 46

Tel. (084) 981-0181 (代表)