

検査受付票（複数検体）

F A X 076-269-2391

一般財団法人石川県予防医学協会 行

受付番号	
受付年月日	年 月 日

※ 太枠内をご記入ください。

ご依頼者		一般財団法人 石川県予防医学協会	
②	検体名	検査項目	
	ビスケット	(<input type="radio"/>) 検体①と同じ (↑ 検体①と同じ場合○を記入してください。)	
	検査部位指定	結果書・記載事項（製造日・期限表示・ロット番号等の記載が必要な事項をご記入ください）	
	無・有（ ）		
③	検体名	検査項目	
	チョコレート	() 検体①と同じ 生菌数、大腸菌群	
	検査部位指定	結果書・記載事項（製造日・期限表示・ロット番号等の記載が必要な事項をご記入ください）	
	無・有（ ）		
④	検体名	検査項目	
		() 検体①と同じ	
	検査部位指定	結果書・記載事項（製造日・期限表示・ロット番号等の記載が必要な事項をご記入ください）	
	無・有（ ）		
⑤	検体名	検査項目	
		() 検体①と同じ	
	検査部位指定	結果書・記載事項（製造日・期限表示・ロット番号等の記載が必要な事項をご記入ください）	
	無・有（ ）		

その他の ご要望等	
--------------	--

問い合わせ先 / 送付先	一般財団法人 石川県予防医学協会 環境検査部 〒920-0365 金沢市神野町東115番地 TEL : 076-269-2344	担当者	
-----------------	---	-----	--