ホールディングタイム検査依頼書

検体提出日	年　　月　　日	受付番号	
フリガナ			
依頼者名			
担当者名		部署名	
住所	〒	ＴＥＬ	（　　）
		ＦＡＸ	（　　）
備考			

●検査項目・検査料金、その他ご不明な点がございましたらお問い合わせをお願いいたします。
●太枠内を御記入の上、（株）MHSまでFAXしてください。（該当する□にレ点チェックしてください。）
●依頼書を受け付けましたら、（株）MHSよりご確認の連絡をさせていただきます。

検体名		
検査後の検体	□要返却　　□検査結果確認後破棄	
製造会社・工場名		
製造日時/ロット	年　月　日　：　/ロット	
賞味期限	年　月　日　：	
希望検査内容	温度　　℃ 間隔　□　日毎　□　時間毎 いつまで　□　日後まで検査　□　時間後まで検査 その他	
菌移植の有無	□移植無しのみ　□初発＋移植有りのみ　□初発＋移植無し＆有り	
検査項目	初発 □一般生菌数 □大腸菌群 □黄色ブドウ球菌 □サルモネラ □大腸菌 □その他（　　） □その他（　　）	初発以降 □一般生菌数 □大腸菌群 □その他（　　）

株式会社エム・エイチ・エス
〒162-0853 東京都新宿区北山伏町 1-11　TEL:03-3266-7164　　FAX:03-3266-7169