

検査依頼書(抗菌力評価試験)

依頼社コード 空欄で結構です。

依頼日 2014年 4月 1日

依頼社名 ○○株式会社

担当部署名 営業部

担当者名 微研 太郎

依頼社住所 〒○○○○-×××× ○○県×××

TEL ○○○-○○○-○○○(FAX ×××-×××

依頼社名 ××コーポレーション

一般社団法人 京都微生物研究所

本社 京都市山科区川田御出町3-4

TEL(075)593-1441 FAX(075)593-4153

様 福知山支所 福知山市東羽合町43

0773)23-7311 FAX(0773)23-7313

京都市山科区上花山久保町16-2

075)593-3320 FAX(075)501-7110

成績書に記載する社名が、依頼していただいた社名と異なる場合、ご記入ください。

(成績書の社名が異なる場合のみ)

受付No	供試品名	受付No	供試品名
	試供品A		
	試供品B		
	ブランク		

成績書に記載されるサンプルの名称になります。

わからなければ空欄でも結構です。特殊な場合、別紙に試験内容を記載したものを同封してください。

検査項目

<input type="checkbox"/> 01-80 菌数測定 ドロップ法	<input type="checkbox"/> 04-8004 殺菌力評価試験	<input type="checkbox"/> 05-8506 細菌同定
<input checked="" type="checkbox"/> 1-8001 菌数測定 フィルム密着法(JIS Z 2801)	<input type="checkbox"/> 03-8501 ハロー試験	<input type="checkbox"/> 05-8507 真菌(カビ・酵母)同定
<input type="checkbox"/> 01-8002 SEK菌数測定法(JIS L 1902)	<input type="checkbox"/> 06-8502 MICペプトン法	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 01-8003 菌数測定 シェイクフラスコ法(SIAA)	<input type="checkbox"/> 02-8504 かび抵抗性試験(A法・B法)	<input type="checkbox"/> 写真

空欄で結構です。

使用培地

<input type="checkbox"/> 普通フイヨン	<input type="checkbox"/> ポテト	<input type="checkbox"/> Nutrient Broth	<input type="checkbox"/> 無機塩溶液+3%Glucose	<input type="checkbox"/> Mueller Hinton Broth
<input type="checkbox"/> 標準寒天培地	<input type="checkbox"/> 普通寒天培地	<input type="checkbox"/> Nutrient Agar	<input type="checkbox"/> 無機塩寒天培地+3%Glucose	<input type="checkbox"/>

依頼菌のチェックをお願いします。

被験菌

<input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌(<i>E.coli</i>)	<input type="checkbox"/> サルモネラ(<i>Sal.enteritidis</i>)	<input type="checkbox"/> 白癬菌(<i>Tr.mentagrophytes</i>)	<input type="checkbox"/> 黒色酵母(<i>Au.pullulans</i>)
<input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌(<i>St.aureus</i>)	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ(<i>V.parahaemolyticus</i>)	<input type="checkbox"/> 黒コウジカビ(<i>As.niger</i>)	<input type="checkbox"/> グリオクラディウム(<i>G.virens</i>)
<input type="checkbox"/> 緑膿菌(<i>Ps.aeruginosa</i>)	<input type="checkbox"/> 肺炎桿菌(<i>Kl.pneumoniae</i>)	<input type="checkbox"/> 青カビ(<i>Pe.funiculosum</i>)	<input type="checkbox"/> パエシロミセス(<i>Pae.variottii</i>)
<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 枯草菌(<i>B.subtilis</i>)	<input type="checkbox"/> 毛玉カビ(<i>Ch.globosum</i>)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> セレウス(<i>B.cereus</i>)		<input type="checkbox"/> 黒皮カビ(<i>Cl.cladosporioides</i>)	<input type="checkbox"/>

試験条件になります。わからなければ空欄でも結構です。

保存時間

24時間 48時間 18時間 ()時間 ()分 ()分

保存温度

35℃ 37℃ 25℃ 29℃ ()℃

備考

何か条件・ご要望がございましたらご記入ください。

検査料金

--	--