

検査依頼書(抗菌力評価試験・細菌試験用)

依頼者コード 空欄で結構です。

依頼日 2008年 4月 1日

依頼社名 **〇〇株式会社**

担当部署名 **営業部**

担当者名 **微研 太郎**

依頼社住所 〒〇〇〇〇-×××× 〇〇県××市

TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇(FAX ×××-×××

依頼社名 ××コーポレーション

(成績書の社名が異なる場合のみ)

社団法人 **京都微生物研究所**
 本部 京都市山科区北花山大林町20-1
 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。

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"/> 1-80 菌数測定 ドロップ法	<input type="checkbox"/> 4-8004 殺菌力評価試験	<input type="checkbox"/> 5-8506 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"/> 3-8501 ハロー試験	<input type="checkbox"/> 5-8507 真菌(カビ・酵母)同定
<input type="checkbox"/> 1-8002 SEK菌数測定法(JIS L 1902)	<input type="checkbox"/> 6-8502 MICペプトン法	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1-8003 菌数測定 シェイクフラスコ法(SIAA)	<input type="checkbox"/> 2-8504 かび抵抗性試験	<input type="checkbox"/> 写真

空欄で結構です。

使用培地

<input type="checkbox"/> 普通ブイヨン	<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"/> 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.variotti</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

<input type="checkbox"/> 24時間	<input type="checkbox"/> 48時間	<input type="checkbox"/> 18時間	<input type="checkbox"/> ()時間	<input type="checkbox"/> ()分	<input type="checkbox"/> ()分
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

保存温度

<input type="checkbox"/> 35℃	<input type="checkbox"/> 37℃	<input type="checkbox"/> 25℃	<input type="checkbox"/> 29℃	<input type="checkbox"/> ()℃
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------

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