

試験検査依頼書

年 月 日

衛生微生物研究センター 殿

会社名	
住所	〒
連絡先	TEL FAX Mail
担当者	氏名 部署名

試験依頼品の名称 (必須)	数量
(1)	
(2)	
(3)	
(4)	
(5)	

* 検体は原則として返却致しません。検体の返却をご希望の際は事前にご相談ください。
また、ご報告書作成後、名称を変更することはできませんのでご注意ください。

* 検体は東京研究所へ送付下さい。

試験項目	<input type="checkbox"/> 汚染微生物分析 <input type="checkbox"/> 保存効力試験 <input type="checkbox"/> 微生物限度試験 <input type="checkbox"/> 抗菌抗カビ試験 <input type="checkbox"/> カビ抵抗性試験 <input type="checkbox"/> 微生物発生有無確認試験 <input type="checkbox"/> MIC 試験 <input type="checkbox"/> 消臭試験 <input type="checkbox"/> 空中浮遊微生物分析 <input type="checkbox"/> 一般生菌数測定 <input type="checkbox"/> エンドトキシン試験 <input type="checkbox"/> その他試験
【通信欄】	

衛生微生物研究センター

東京研究所 (検体送付先)

125-0062 東京都葛飾区青戸 7-21-14

TEL 03(5680)9831 FAX 03(5680)9832

大阪支所

〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原 1-1-1

新大阪阪急ビル 3F

TEL 06(7668) 8429 FAX 06(7668) 8301