

# 化粧品検査依頼書

- 1.本依頼書と同時に検体をご提出ください
- 2.太枠内は必ずご記入ください

弊社記入欄

ご依頼日: 年 月 日

貴社名 (報告書名)		部署名	
		ご担当者	
ご住所	〒	TEL	
備考欄	貴社名と異なる場合はご記入ください <input type="checkbox"/> 報告書名 <input type="checkbox"/> 請求先名	FAX	
		結果FAX	必要な場合ご記入ください <input type="checkbox"/> 必要
測定内容	<input type="checkbox"/> 生菌数検査 <input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 真菌数 <input type="checkbox"/> 特定微生物検査 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> カンジダ・アルビカンス <input type="checkbox"/> 保存効力試験 (使用菌株、測定日及び連絡事項をお書き下さい。) 使用菌株 : <input type="checkbox"/> 大腸菌 ( <i>Escherichia coli</i> ATCC8739) <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 ( <i>Staphylococcus aureus</i> ATCC6538) <input type="checkbox"/> 緑膿菌 ( <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ATCC9027) <input type="checkbox"/> カンジダ菌 ( <i>Candida albicans</i> ATCC10231) <input type="checkbox"/> 黒コウジカビ ( <i>Aspergillus brasiliensis</i> (旧名 <i>Aspergillus niger</i> ) ATCC16404) <input type="checkbox"/> その他の菌株 (検査可能かどうかを予め、ご確認下さい。)  測定日 : <input type="checkbox"/> 0日目 <input type="checkbox"/> 1日目 <input type="checkbox"/> 3日目 <input type="checkbox"/> 7日目 <input type="checkbox"/> 14日目 <input type="checkbox"/> 21日目 <input type="checkbox"/> 28日目 <input type="checkbox"/> その他  連絡事項 (使用する培地や希釈液、その他試験内容について詳細をお聞かせ下さい。) [ ]		

弊社受付No.	No.	検体名(報告書に記載する名称)	特記事項
	1	製造日	
		Lot番号	
	2	製造日	
		Lot番号	
	3	製造日	
		Lot番号	
	4	製造日	
		Lot番号	

弊社 記入欄	受付No.		受付印	確認印	報告印
	顧客コード				
	受付日	年 月 日			

株式会社 日本食品エコロジー研究所

10-2005

〒651-0082 神戸市中央区小野浜町1番9号  
 TEL(078)321-2311 FAX(078)321-3066

受領日	受領者	検体数
/		