

# 拭取り・落下菌 検査依頼書

受付日 年 月 日

**※必須項目**

※採取日時	年 月 日	温度・湿度	℃	%	※担当者		
※検体提出日	年 月 日	※拭取り綿棒	本	※落下細菌	本	※落下真菌 枚	
※事業所名					部署名		
※住所	〒					※TEL	
						FAX	
備考							

No.	検査場所(部屋名など)	※検査対象物	※必要な項目にチェックをつけて下さい										
			拭取り								落下菌		
			一般細菌数	大腸菌群	大腸菌	黄色ブドウ球菌	サルモネラ	腸炎ビブリオ	真菌	ノロウイルス	その他	落下細菌	落下真菌
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

その他連絡事項