

貴注文番号： \_\_\_\_\_  
年 月 日

**株式会社 コーガイトープ 御中**

本 社 工 場 〒520-3404 滋賀県甲賀市甲賀町神保53-6  
TEL:0748-88-3125(代) FAX:0748-88-2296  
滅菌研究センター 〒520-3403 滋賀県甲賀市甲賀町鳥居野121-19  
TEL:0748-88-3121 FAX:0748-88-3123

申込者 住 所 〒.....  
.....  
会 社 名 .....  
所 属 .....  
氏 名 .....  
電 話 .....  
F A X .....  
e-m a i l .....

**微生物試験申込書**

下記のとおり微生物試験を申し込みます。

☆受付番号： V \_\_\_\_\_ (コーガ記入)

1. 試 験 題 目	
2. 試 験 内 容 (該当に○を付けてください)	1. バイオバーデン(汚染菌数)の測定 2. D値測定 3. 滅菌線量の ( 設定 ・ 監査 ) イ. ISO Method 1                      ロ. ISO Method 2 ハ. VDmax (                      ) 4. 細菌の同定 (迅速同定を除く) 5. 無菌性の試験 6. その他 (                      )
3. 試 験 対 象 物	品名(内容物); 数量; (                      ) 個、 輸送業者名;
4. 希望試験実施期間	開始;                      年 月 日、終了;                      年 月 日
5. 試験結果報告書	提出部数;                      部、希望提出期限;                      年 月 日
6. そ の 他	

(注)試験費用は、試験内容などを打ち合わせの上、お見積りいたします。

-----コーガ記入-----

受 付	本社 FAX 済	報 告 書 確 認	備 考

R5. 3. 1-1 (13-05)

保管場所:滅菌研究センター