

ケケン



一般財団法人 ケケン試験認証センター 中部事業所
〒494-0002 愛知県一宮市籠屋4-14-4
TEL 0586-45-2631
FAX (業務)0586-46-3400/(試験)0586-44-7709

太枠内はもれなくご記入ください。

抗菌・抗ウイルス試験依頼書

受付番号			受付日
希望納期 月 日			
※ご希望に沿えない場合ご連絡いたします。			

依頼者	会社名 住所 〒 (コード)	部署名 TEL	FAX/E-mail	担当者名	
手数料請求先	会社名 住所 〒 (依頼者と同じ) (コード)	部署名 TEL	FAX/E-mail	担当者名	
証明書 記入依頼者	会社名 (依頼者と同じ) (コード)	部署名 TEL	FAX/E-mail	担当者名	
品名				生地 点 製品 点	破壊 可・不可 残試料
				引渡し方法等	依頼者 窓口・郵送・宅配・デリバリー
品番				証明書 FAX/E-mail	要 FAX / E-mail 宛名

※初めてのご依頼の際は、名刺1枚を同封してください。

試験項目	試験菌種	洗濯処理	洗濯回数
□ 抗菌性 定量試験 (菌液吸收法)	<input type="checkbox"/> 黄色ぶどう球菌	<input type="checkbox"/> 洗濯前後共に実施	回
	<input type="checkbox"/> モラクセラ菌		
	<input type="checkbox"/> 肺炎かん菌		
	<input type="checkbox"/> 大腸菌	<input type="checkbox"/> 洗濯前のみ実施	回
	<input type="checkbox"/> 緑膿菌		
	<input type="checkbox"/> M R S A		
SEKマーク	<input type="checkbox"/> 取得		
試験項目	試験対象ウイルス株	洗濯処理	洗濯回数
□ 抗ウイルス	<input type="checkbox"/> インフルエンザウイルス	<input type="checkbox"/> 洗濯前後共に実施	回
	<input type="checkbox"/> ネコカリシウイルス		
		<input type="checkbox"/> 洗濯前のみ実施	回
SEKマーク	<input type="checkbox"/> 取得		

備考