



抗菌・抗ウイルス試験依頼書

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

依頼日 (記入日)	月	日	納期	月	日
希望納期	月	日			

受付番号					

受入検査
受付日

太枠内はもれなくご記入ください。

※ご希望に沿えない場合ご連絡いたします。

依頼者	会社名	部署名	担当者名			
	住所 〒					
	(コード)	TEL	FAX/E-mail			
手数料 請求先	会社名	部署名	担当者名			
	住所 〒					
	(依頼者と同じ) (コード)	TEL	FAX/E-mail			
証明書 記入依頼者	会社名	部署名	担当者名			
	(依頼者と同じ) (コード)	TEL	FAX/E-mail			
品名	生地	点	製品	点	破壊 可・不可	残試料 要・不要
	引渡 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
<input type="checkbox"/> 抗菌性 定量試験 (菌液吸収法)	<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"/> 洗濯前のみ実施	回
	<input type="checkbox"/> 大腸菌		
	<input type="checkbox"/> 緑膿菌	<input type="checkbox"/> 洗濯後のみ実施	回
	<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
<input type="checkbox"/> 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"/> (空欄)	<input type="checkbox"/> 洗濯前のみ実施	回
	<input type="checkbox"/> (空欄)	<input type="checkbox"/> 洗濯後のみ実施	回
SEKマーク	<input type="checkbox"/> 取得		

備考