



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) **4月4日** 納期 月 日

希望納期 **1月4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。

受付番号					

受付日
受入検査

SAMPLE

依頼者	会社名 株式会社ケケン 部署名 アパレル部 担当者名 ケケン太郎
	住所 〒 113-999 東京都文京区湯島1-23-456 湯島ビル
	(コード) TEL 03-3818-6999 FAX/E-mail 03-3818-7999 / Keken@co.jp

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 1 点 破壊 可・不可 残試料 要・不要
品番	引渡方法等 依頼者 窓口・郵送・宅配・デリバリー 証明書 要 FAX / E-mail FAX/E-mail 宛名
	123-4567-89

※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 checked="" type="checkbox"/> 抗菌性 定量試験 (菌液吸収法)	<input checked="" type="checkbox"/> 黄色ぶどう球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 洗濯前後共に実施	5 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"/> 洗濯後のみ実施	
	<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
<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"/> 洗濯前のみ実施	回	
<input type="checkbox"/> 洗濯後のみ実施			
SEKマーク	<input type="checkbox"/> 取得		

備考