|  |
| --- |
| 平成30年度細菌検査精度管理クロスチェック参加申し込み書 |
|  |
| ◎参加される方は下記に必要事項をご記入の上、**12月14日(金)まで**にお申し込み　下さい。 |
| なお、申し込み数が80件に達した時点で受付を締め切ります。 |
|  |
|  \* 複数の工場或いは事業所にて参加申し込みを行う場合は、本シートを複写して、　 工場或いは事業所ごとに記載をお願いします。 |
| 会　社　名＊技能試験参加証の宛名になります。 |  |  |
| 試　料　数　量 |  | 個 |
| 試料送付先 | 住　　　所 | 〒 |
| 電　話　番　号 |  |
| 担当者名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | [担当者名] | [ﾌﾘｶﾞﾅ] |
| 技能試験参加証の発行（１部発行）＊どちらかの□を■にして下さい。 | 　希望する（\1,000-） | □　希望しない |
| 技能評価証の発行（1人につき1部発行）＊ご希望の□を■にして下さい。 | □一般生菌数のみ希望□大腸菌群大腸菌のみ希望□両方希望する（\1,000-×1事業所） | □　希望しない |
| ＊技能評価証 申込の方へ試料（40g）を使って、３回繰返し一般生菌数の検査を行うため、1人につき１試料必要と考えてください。 |
| 【メール送信先】　　及び　　【クロスチェックに関する問い合わせ先】一般社団法人　神戸食品微生物科学協会　精度管理委員会 |
| 専用アドレス　　E-MAIL：seido@kobe-biseibutsu.or.jp　　注）協会ホームページの問合せ先とは異なります。 |