

# MMJ 生乳検査 申込用紙

申請日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名	フリガナ 姓	名	TEL	- -
			FAX	- -
会社名	フリガナ		飼養頭数	頭
			飼養形態	
住所	フリガナ 〒			
E-mail	@			
希望コース (コースごとの 検体数)	<input type="checkbox"/> ①ミルコスキャンコース (検体) 検査項目：乳脂肪分、乳たんぱく、乳糖、全固形分、無脂乳固形分 氷点、尿素(MUN)、遊離脂肪酸、ケトン体、脂肪酸組成			
	<input type="checkbox"/> ②バクソマティックコース (検体) 検査項目：細菌数、体細胞数			
	<input type="checkbox"/> ③アルコール検査コース (検体) 検査項目：アルコール検査			
	<input type="checkbox"/> ④酸度検査コース (検体) 検査項目：酸度			
	<input type="checkbox"/> ⑤全項目検査コース (検体) 検査項目：上記全ての項目			
検体数	計 _____ 検体 <input type="checkbox"/> 個乳 <input type="checkbox"/> バルク乳 ※1検体につき100ml程度を目安にご送付ください。 ※複数サンプルを検査される方は、容器にサンプル名をご記入ください。			
希望検査日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ※検査は毎週 月、水、金曜日に実施しています。			
サンプル 到着予定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ※月、水、金曜日の午前中指定していただくと、到着日に検査可能です。 ※弊社営業日(平日)の9:00~18:00指定でお願いいたします。			
応募・問合せ サンプル送付先	TEL: 0270-50-8220                      FAX: 0270-50-8221 (担当 松嶋) 〒372-0014 群馬県伊勢崎市昭和町3928                      株式会社MMJ 検査室 サンプルのご送付は冷蔵便にてお願い申し上げます。			

※検査料金に関しましては弊社HP、生乳検査受付ページをご覧ください。  
 ※検査料金の精算は月末締め後、請求書をお送りしますので弊社指定の口座までお振込ください。  
 ※サンプルの容器等、ご返送希望の方は着払いでのご返送となりますのでご了承ください。  
 (使い捨ての容器でのご送付を推奨いたします。)