

返送先 FAX (03) 5425-2165

マイクロバイオ株式会社
東京本社 宛

カバーシートは不要です。
このままお送りください。

アンケート

貴社において現在行われている細菌検査についてお答えください。

1) 検査対象菌種は？

一般生菌数 大腸菌群 大腸菌 糞便細菌
腸炎び菌 0-157 黄色ブドウ球菌 朊・酵母
乳酸菌 その他 _____

2) 検査方法は？

従来培地を使った公定法
簡易法 商品名： _____
機 器 商品名： _____
その他 _____

3) 検査検体数は？

種類 _____ 検体数 _____ / 日・週・月
(で困ってください)

貴社名			
所在地	〒 _____		
所属・役職		お名前	
TEL		FAX	

ご希望は？

詳しい資料希望 営業担当者の訪問希望
Biomatic 20 デモ貸出希望
Biomatic VDCCS デモ希望
Biomatic DMCS デモ希望
その他 _____

