（様式D1）

検査機器借用申込書

令和　　　年　　　月　　　日

（あて先）　公益財団法人静岡県学校給食会

　　　　　　　　（FAX　054-251-0879）

教育委員会・学校・調理場名

担当者名

ＴＥＬ

記

１．借用検査機器

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| コード | 種　　　　　類 | 借　用 | 試　　　　薬 |
| 添付希望 | 希 望 数 |
| ATP | ATP拭取り検査器 |  | 台 |  | 10 or 20 | 本 | ←希望数を〇で囲む |
| TCD | 手洗いチェッカー | 電池式 |  | 台 | ○ | 専用ローション付 |
| TCS | スタンド式 |  | 台 | ○ | 専用ローション付 |
| OND | おんどとり |  | 台 |  |  |
| FRP | ふらん器 | パーソナルインキュベーター |  | 台 |  |  | 枚 | 標準寒天培地(一般生菌用)最大20枚まで |
| FRK | 携帯型 |  | 台 |  |  | 枚 |
| FRH | 汎用型 |  | 台 |  |  | 枚 |
| SGL | 紫外線ランプ |  | 台 |  | クルクミン溶液 | 1本 |

 　↑ ↑ ↑

２．借用期間　　　　　　　　　　 　希望数を記入 　 ○を記入　希望数を記入

令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日

3．借用目的