

# 滅菌依頼書

株式会社サイサン 滅菌係 宛

住所：〒343-0002

埼玉県越谷市平方2366-1

TEL：048-977-5550

FAX：044-977-5385

E-mail：koshigaya@saisan.co.jp

依頼日： 年 月 日

会社名：

部署名：

ご住所：

TEL：

FAX：

ご担当者：

下記同梱した物品の滅菌を依頼致します。

※①～③迄のご記入をお願いします。

①ご依頼品 点 材質 ( )

②条件選択 \*下記温度条件にレ点を行い、滅菌時間に○付けてご選択下さい。

温度条件

40℃ ( 7時間 ・ 10時間 )

55℃ ( 4時間 ・ 7時間 ・ 10時間 )

※通常、滅菌時間は55℃・4時間にて行っております。

使用ガスの組成：E. O. G. 20%, 炭酸ガス 80%

換気回数：10回 (滅菌終了後にEOガス排出を行う回数)

エアレーション時間：8時間以上

③返送先住所 ※右上、ご住所と返送先が異なる場合のみ記載下さい。

〒 -

その他通信欄

※滅菌依頼の流れ

- 1) 滅菌パックに封入済みのものを当社へ発送 (依頼書同梱)
- 2) 当社で滅菌処理 (約1~3日)
- 3) 滅菌済みのものを返送

※ご依頼順となります為、商品到着から返送する迄に一週間以上掛かる場合がございます。

《注意事項》

\*往復の送料はお客様負担となります。返送用の宛名状を同封頂いても結構です。

\*滅菌依頼物を当社に送る際は、箱の寸法：27cm x 22cm x 31cmを目安にお願い致します。

\*滅菌器内 (直径31cm x 奥行45cmの円筒形) に一度に入りきらない場合は複数回に分けて滅菌対応致します。

その場合には回数分の滅菌代を頂戴致します。

\*滅菌パックに封入済みでない商品は滅菌依頼をお受け出来ませんので予めご確認ください。

※医療機関さまからの医療法施行令 第四条の七 第二項に該当する滅菌はお請けすることができません。

関連法令：医療法 第十五条の二、医療法施行規則 第九条の九

サイサン記入欄

到着日
/ 印

返送日
/ 印

顧客番号：