

# 食品検査依頼書

# FAX 0263-88-3366

太字内を御記入下さい。不明な点は受付時にご相談下さい。

依頼者	名称							様	No. _____	
	住所	〒							G-5	
	TEL				FAX					
	担当者	所属 :				職名 :			氏名 :	
受付日	年 月 日			保存方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍					
搬入方法	<input type="checkbox"/> 持ち込み <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> 当社回収 <input type="checkbox"/> 当社採取 <input type="checkbox"/> その他									
採取者	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> その他（氏名： _____ 所属： _____）									
報告書の宛名	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）									
希望納期	月 日 時			※検体数：						
試料種別	<input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 清涼飲料水等 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ふきとり <input type="checkbox"/> 器具・容器・包装 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）									
製品名	製造年月日	検査項目						検査の要不要は○か×で表して下さい		
		一般生菌数	大腸菌群 (数)	大腸菌 (数)	黄色ブドウ 球菌 (数)	サルモネラ	腸炎 ビブリオ	その他 (理化学検査)		
(特記事項)						受 取 搬 入 受 付				
						/ /		/ /		
						:		:		