

# 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	腸炎ピブリオ	その他 (理化学検査)			
(特記事項)						受	取	搬	入	受	付
						/	/	/	/	/	/
						:	:	:	:	:	: