

検査依頼書【食品・細菌検査】

受付番号	
受付年月日	年 月 日
受付担当者	

食品検査約款に基づき、検査を依頼します。

依頼者(請求先)		送付先(請求先と異なる場合)
郵便番号		
住所		
事業所名		
電話番号		
担当者名		
成績書宛名	※成績書の宛名が請求先と異なる場合は記入してください。	

検体名	
付帯事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> _____℃保存試験 提出当初・提出後 日・時間 (月 日検査) <input type="checkbox"/> 拭き取り検査 <input type="checkbox"/> ()規格検査

検体の種類	1.食肉製品 2.冷凍食品 3.アイスクリーム 4.漬物 5.氷雪 6.牛乳 7.乳製品 8.清涼飲料水・粉末清涼飲料 9.あん類 10.即席めん 11.はっ酵乳・乳酸菌飲料 12.味噌 13.醤油 14.ソース 15.弁当 16.検食 17.油性菓子 18.煮豆・佃煮 19.調理パン 20.食肉・食鳥肉 21.こんにゃく粉 22.甘納豆 23.果実酒 24.和・洋生菓子 25.惣菜 26.めん類 27.大豆加工品 28.鮮魚介類 29.卵・卵加工品 30.魚肉ねり製品 31.野菜類 32.調味液・スープ類 33.拭き取り・ATP 34.その他()
目的	1.食協自主検査 2.流通販売 3.品質管理 4.研究開発 5.クレーム 6.輸入食品 7.規格検査 8.食品衛生コンサルティング 9.その他

検査項目	<input type="checkbox"/> 一般生菌数(細菌数) <input type="checkbox"/> 乳酸菌数 <input type="checkbox"/> 耐熱性菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 大腸菌群数 <input type="checkbox"/> クロストリジア <input type="checkbox"/> E.coli <input type="checkbox"/> E.coli数 <input type="checkbox"/> 腸内細菌科菌群 <input type="checkbox"/> カビ数 <input type="checkbox"/> 酵母数 <input type="checkbox"/> 無菌試験
	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌数 <input type="checkbox"/> セレウス菌 <input type="checkbox"/> セレウス菌数 <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> ウェルシュ菌 <input type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌O157 <input type="checkbox"/> 清浄度(ATP)検査 <input type="checkbox"/> カビ同定 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 別検査あり	

要望事項	TEL・手交・検体の返還・納期(月 日まで希望)
検体の状態	常温・冷蔵・冷凍
搬入方法	直接搬入・郵送・宅配便・採取・回収・食協経由(食協 No.)
指定事項	※前処理方法・検査法の指定等があれば、詳しくご記入下さい。

成績書発行予定日: /