

食 品 衛 生 検 査 依 頼 書

貴社名 (ご請求先)		所属
		担当者名
住 所	〒	TEL - -
		FAX - -
		E-mail

※検査結果報告書の宛名、送付先が上記と異なる場合にご記入ください

報告書 宛 名		所属
		担当者名
報告書 送付先 住所	〒	TEL - -
		FAX - -
		E-mail

※必ずいずれかの□に ✓ をいれてください。

①検査結果書報告書形式 一覧表 各検体個別 その他連絡事項 ()

②検査結果報告方法 郵送 FAX TEL E-mail その他連絡事項 ()

採取日時	年 月 日 午前・午後 時頃	検体ごとにご希望の検査項目に○を付けてください
------	----------------	-------------------------

[注意事項] 食品検査の場合は検体ごとに100g以上が必要です。

※リステリアのみ200g以上が必要です。

検体 番号	検体名称・付記事項 ※報告書に必要な検体名称・付記事項を必要に応じてご記入ください。(製造年月日、賞味期限など)	検 体 種 別 拭 取 / 食 品	検体ごとにご希望の検査項目に○を付けてください											
			基 本 セ ット	一 般 生 菌 群	大 腸 菌	大 腸 菌	真 菌 (カビ・酵母)	サ ル モ ネ ラ	腸 炎 ビ ブ リ オ	黄 色 ブ ド ウ 球 菌	リ ス テ リ ア 菌	セ レ ウ ス 菌	カ ン ピ ロ バ ク タ ー	そ の 他
1	製造(加工)年月日： 賞味(消費)期限：	<input type="checkbox"/> 拭取 作業 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 食品												
2	製造(加工)年月日： 賞味(消費)期限：	<input type="checkbox"/> 拭取 作業 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 食品												
3	製造(加工)年月日： 賞味(消費)期限：	<input type="checkbox"/> 拭取 作業 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 食品												
4	製造(加工)年月日： 賞味(消費)期限：	<input type="checkbox"/> 拭取 作業 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 食品												
5	製造(加工)年月日： 賞味(消費)期限：	<input type="checkbox"/> 拭取 作業 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 食品												

20221125

弊社記入欄	
受付日時	
数 量	
受 付 者	

