

食品試験検査依頼書

受付月日 年 月 日

※検便、表示検査の依頼書はセンターHPよりダウンロードの上ご利用下さい。

下記注意事項についてご確認の上、太枠内をご記入ください

受付番号

| | | | |
|----------------|------------------------|--------------------|-----|
| ご依頼者 | 住所 〒 | 電話 | |
| | 会社名 | FAX | |
| 上記依頼者様と異なる場合のみ | ご請求先 | 住所 〒 | 電話 |
| | 成績書送付先 | 会社名 | FAX |
| | | 住所 〒 | 電話 |
| | 成績書宛名 (成績書に記載する会社名) | 会社名 | FAX |
| <成績書のFAX> | | 要 (FAXが必要な場合は○を付す) | |

| 試験品名称(商品名等) | | 特記事項等 (賞味・消費:○を付す。その他の事項は空欄にご記入下さい。) | | |
|-------------------------------|---|--|--|--------------|
| 1 | | 製造年月日 | 賞味・消費 期限 | その他、lot.No.等 |
| 2 | | 製造年月日 | 賞味・消費 期限 | その他、lot.No.等 |
| 3 | | 製造年月日 | 賞味・消費 期限 | その他、lot.No.等 |
| 依頼項目 ○を付す | 細菌試験 | | 理化学(栄養分析等)試験 | |
| | 一般生菌数 | リステリア・モノサイトゲネス | 基礎成分8項目 (エネルギー・たんぱく質・脂質・炭水化物・食塩相当量・ナトリウム・水分・灰分) | |
| | 大腸菌群 | カビ | | |
| | 大腸菌(E.coli) | 酵母 | 液・たれ・ドリップ等の扱い : 除外 ・ 込み | |
| | 黄色ブドウ球菌 | その他の項目 | | |
| | サルモネラ属菌 | | | |
| 腸炎ビブリオ | | | | |
| 腸管出血性大腸菌O157 | | | | |
| 試験品に関する注意事項、ご要望等(試験部位・試験方法など) | | | | |
| 試験品返却 | 返却方法 (窓口 ・ 宅配便(着払い)) 返却をご希望の場合は記入して下さい。 | | | |
| 試験期間 | 普通 ・ 至急 (至急の場合、試験料金は5割増となります。【細菌試験項目対象外】) | | | |
| 成績書発行方法 (○を付す) | 全項目一括 | 成績書部数 | 部 (注) | |
| | 項目別(理化学・細菌) | 注) 記載のない場合は1部となります。2部以上必要の際は別途手数料がかかります。 | | |
| 試験終了予定日 | 月 日 頃 | | | |
| 受付方法 | 持込 ・ 送付 ・ 採取 ・ 集荷 | 包装の破損等 正常・有() | □ 審査基準に適合する。 年 月 日 | |
| 着荷状態 | 冷凍 ・ 冷蔵 ・ 室温 | | 以上の審査の結果内容が | |
| 試験品保管 | 冷凍 ・ 冷蔵 ・ 室温 | | 適正であるため受理します。 印 | |
| 試験手数料 | 円 (見積No.) | | 依頼書確認者 | |
| 請求書発行月日 | | | | |

一般財団法人青森県薬剤師会 食と水の検査センター

TEL 017-762-3620

FAX

017-762-3660

【注意事項】

- 成績書発行後は原則として依頼者名、試験品名等の変更はできません。よくご確認の上提出願います。
- 試験品の返却は原則として行っておりません。稀少品等で返却をご希望の場合は予めお申し出下さい。
- 成績書の再発行は、発行後1年以内に限り。再発行代金は、別途お支払い願います。
- ご依頼された試験の情報及び結果は、ご依頼者の同意なしに他者へ供覧することはありません。
- 試験方法は各種の法令・規格に基づく方法、または弊センターの方法によります。