

# 食品試験検査依頼書

受付月日 年 月 日

受付番号

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

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) 液・たれ・ドリップ等の扱い: 除外・込み	
	大腸菌群	カビ		
	大腸菌(E.coli)	酵母		
	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 <small>注)</small>
	項目別(理化学・細菌)	<small>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。</small>

試験終了予定日	月 日 頃
受付方法	持込 ・ 送付 ・ 採取 ・ 集荷
着荷状態	冷凍 ・ 冷蔵 ・ 室温
試験品保管	冷凍 ・ 冷蔵 ・ 室温
試験手数料	円 (見積No. )
請求書発行月日	

包装の破損等  審査基準に適合する。 年 月 日  
 正常・有( ) 以上の審査の結果内容が 印  
 適正であるため受理します。

依頼書確認者

一般財団法人青森県薬剤師会 食と水の検査センター TEL 017-762-3621 FAX 017-762-3680

- 【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年以内に限りです。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。

太枠内をご記入ください

ご依頼者				
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。)		
		製造年月日	賞味・消費 期限	その他、lot.No.等
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

【センター使用欄】