

食品試験検査依頼書【保存試験】

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	
上記と異なる場合のみ 依頼者様と	ご請求先	住所 〒	電話
		会社名	FAX
	成績書送付先	住所 〒	電話
		会社名	FAX
成績書宛名 (成績書に記載する会社名)			
<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
保存温度		試験部位 (指定がなければ通常液汁、ドリップは含めます。また、非可食部および添付品(たれ等)は除きます。)		
<input type="checkbox"/> 搬入後 <input type="checkbox"/> 解凍後 °C		<input type="checkbox"/> 液汁除く <input type="checkbox"/> ドリップ除く その他()		
保存日数	試験日	試験項目		
1	日 目 /	<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 大腸菌(E.coli) <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> その他()		
2	日 目 /	<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 大腸菌(E.coli) <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> その他()		
3	日 目 /	<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 大腸菌(E.coli) <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> その他()		
4	日 目 /	<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 大腸菌(E.coli) <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> その他()		
5	日 目 /	<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 大腸菌(E.coli) <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> その他()		
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。			
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)</small> 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()	<input type="checkbox"/> 審査基準に適合する。 年 月 日 以上の審査の結果内容が 適正であるため受理します。 印	
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.)		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 017-762-3621 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。
- 試験品は原則として試験日ごとにご準備頂き、土曜、日曜および祝日は、通常、試験を行っておりませんのでご注意ください。
- 成績書の再発行は、発行後1年以内に限ります。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。)		
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
4		製造年月日	賞味・消費 期限	その他、lot.No.等
5		製造年月日	賞味・消費 期限	その他、lot.No.等
6		製造年月日	賞味・消費 期限	その他、lot.No.等
7		製造年月日	賞味・消費 期限	その他、lot.No.等
8		製造年月日	賞味・消費 期限	その他、lot.No.等
9		製造年月日	賞味・消費 期限	その他、lot.No.等
10		製造年月日	賞味・消費 期限	その他、lot.No.等
11		製造年月日	賞味・消費 期限	その他、lot.No.等
12		製造年月日	賞味・消費 期限	その他、lot.No.等
13		製造年月日	賞味・消費 期限	その他、lot.No.等

【センター使用欄】