

食品細菌試験検査依頼書

受付番号

号

(一社)埼玉県食品衛生協会検査センター 御中

受付年月日 年 月 日 :

※太枠内は記載必須事項となっております。□にはチェックを入れて下さい。

ご依頼者 (成績書宛名)					ご担当者名			検体発送日	年 月 日 :	
					様			ご依頼の目的	品質管理・クレーム その他()	
所在地	(〒 -)			TEL			成績書	<input type="checkbox"/> PDFでメール <input type="checkbox"/> 郵送		
				携帯			検体発送・ 保管条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍		
				FAX						
至急対応について	検査の性質上お受けできません。				E-mail					
番号	試験品(検体)の名称 付記事項	製造年月日	消費/賞味期限	品目	温度	保存試験の条件等	検査開始日	検査項目	件数	検体番号
1		/ /	/ /		<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 日後 <input type="checkbox"/> 時間後	/	一般細菌数 大腸菌群(定性・定量) 黄色ブドウ球菌		
2		/ /	/ /		<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 日後 <input type="checkbox"/> 時間後	/	E.coli(定性・定量) サルモネラ 腸炎ビブリオ		
3		/ /	/ /		<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 日後 <input type="checkbox"/> 時間後	/	乳酸菌数 カビ(定性) 酵母数		
4		/ /	/ /		<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 日後 <input type="checkbox"/> 時間後	/	真菌 セレウス菌 耐熱性菌数(芽胞数)		
5		/ /	/ /		<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 日後 <input type="checkbox"/> 時間後	/	腸管出血性大腸菌O157		

(注意事項)
 ☆ 依頼書に記載された情報及び検査結果は、依頼者の同意なしに他者に提供することはありません。
 ・ 受付終了後は、宛名、請求先、試験品の名称等依頼内容の変更はできませんので、よくお確かめください。
 ・ 検査終了予定日は、あくまでも目安です。終了時刻によっては、速報や成績書の発送が翌日以降となる場合があります。
 ・ 試験成績書の再発行は、発行後1年以内に限り、有料にて行います。

連絡事項(受付・検査)			
必要検体量の不足 <input type="checkbox"/>		g	検査部への連絡 <input type="checkbox"/>

受付担当者	検査終了予定日	成績書発送年月日

照合	成績書作成	検査結果承認	検査担当