食品細菌試験検査依頼書

受付番号　　号

受付年月日　　年　　月　　日　：

(一社)埼玉県食品衛生協会検査センター宛

※**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。

検体発送日	**年　月　日　：**				
ご依頼者（成績書宛名）		**ご担当者名　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**	□ 郵送	□ 来所
		FAX	**検体発送・保管条件**	□ 常温	
		E-mail		□ 冷蔵	□ 冷凍
至急対応について	**検査の性質上お受けできません。**	**携帯電話(直接連絡が必要な場合の連絡先等)**			

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		/ /	/ /		□常温 □冷蔵 □冷凍	□初発 □日後 ℃　□時間後	/	一般細菌数 大腸菌群(定性・定量) 黄色ブドウ球菌		
2		/ /	/ /		□常温 □冷蔵 □冷凍	□日後 ℃　□時間後	/	E.coli(定性・定量) サルモネラ 腸炎ビブリオ		
3		/ /	/ /		□常温 □冷蔵 □冷凍	□日後 ℃　□時間後	/	乳酸菌数 カビ(定性) 酵母数		
4		/ /	/ /		□常温 □冷蔵 □冷凍	□日後 ℃　□時間後	/	真菌 セレウス菌 耐熱性菌数（芽胞数）		
5		/ /	/ /		□常温 □冷蔵 □冷凍	□日後 ℃　□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)

(未・領)

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

一般社団法人埼玉県食品衛生協会検査センター