食 品 衛 生 検 査 依 頼 書

一般財団法人　北海道薬剤師会公衆衛生検査センター　様

下記について検査したいので依頼します。　　◎太枠の中をお書き下さい。

年　月　日			（受付日：　月　日）	
依頼者	住所	（〒　　）		
	名称			
	電話		FAX	
	担当者	（課　係）	（氏名）	
成績書の宛名		（住　所）		
		（名　称）		
検査料の請求先		（住　所）		
		（名　称）		
成績書の郵送先		（住　所）		
		（名　称）		
特記事項				
試料名				
製造年月日：　年　月　日		賞味期限：　年　月　日		

理化学検査				微生物検査			
1	水分	g/100g		11	一般生菌数		
2	たんぱく質	g/100g		12	大腸菌群		
3	脂質	g/100g		13	黄色ブドウ球菌		
4	炭水化物	g/100g		14	サルモネラ属菌		
5	灰分	g/100g		15			
6	エネルギー	Kcal/100g		16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

成績書	郵送・来所
結果	TEL・FAX
見積書	有り・無し

備考

検査料	
受付番号	

受付者	