

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
〒062-0931 札幌市豊平区平岸1条8丁目6番6号
TEL (011) 824-1348 FAX (011) 824-1627

※太枠内をご記入ください

依頼日(西暦)		年 月 日		受付日:	
依頼者	住所	〒			
	会社名 又は氏名				
	連絡担当者	所属		氏名	
		TEL		FAX	

※成績書宛名、請求書宛名、各送付先が上記と異なる場合は下記にご記入ください

成績書の宛名	住所	〒			
	名称				
検査料の請求先	住所	〒			
	名称				
成績書の送付先	住所	〒			
	名称				

特記事項 <small>(成績書記載希望事項等)</small>							
試料名							
製造年月日(任意)		年 月 日		賞味期限(任意)		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	大腸菌(E.coli)		
4	炭水化物	g/100g		14	黄色ブドウ球菌		
5	灰分	g/100g		15	サルモネラ属菌		
6	エネルギー	Kcal/100g		16	リステリア・モノサイトゲネス		
7	ナトリウム	mg/100g		17	腸炎ビブリオ		
8	食塩相当量	g/100g		18	真菌 (カビ)		
9				19		(酵母)	
10				20	腸管出血性大腸菌026,0103, 0111,0121,0145及び0157		

成績書受渡方法	<input type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> 来所		備考
結果 <small>※いずれか1つ選択ください</small>	<input type="checkbox"/> TEL		
	<input type="checkbox"/> FAX		
	<input type="checkbox"/> E-mail		
	<input type="checkbox"/> 不要		

				受付者				
				検査料金				
				受付番号				