

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	F A X	
	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	ナ ト リ ウ ム	mg/100g		17			
8	食 塩 相 当 量	g/100g		18			
9				19			
10				20			

成 績 書	郵 送 ・ 来 所	備 考
結 果	T E L ・ F A X	
見 積 書	有 り ・ 無 し	

				受 付 者		検 査 料	
						受 付 番 号	