

▶ 全ての欄にご記入ください！！

▶ 必ず電話にて予約をお願いします。

支部番号	
------	--

食 品 保 存 検 査 依 頼 書 年 月 日

〒    -

住 所：.....

屋 号：.....

代表者氏名：..... (担当者)

電 話 番 号：.....

電話番号はセンターから連絡を  
したい場合があるため、必ず  
連絡が付く番号（携帯等）  
をお願いします。

年 月 日 次のとおりに試験検査を依頼します。

試験品 ( )

試験品	搬送条件及びご希望の検査 項目、保存温度に丸を付けて ください。	件 ( )	試験品の製造年月日	年 月 日
-----	--	-------	-----------	-------

試験品			検体採取年月日	年 月 日
-----	--	--	---------	-------

試験品の搬送条件	持込・宅配 (冷凍、冷蔵、常温)
----------	------------------

試験検査の項目	生菌数 (2回目以降は生菌数のみ)、大腸菌群、黄色ブドウ球菌、その他 ( )
---------	--

検体の保存温度	-18、5、10、25、30 °C
---------	-------------------

検 査 年月日	1回目	年 月 日	5回目	年 月 日	9回目	年 月 日
	2回目	年 月 日				
	3回目	年 月				
	4回目	年 月				

検査希望日は主に  
1回目：センター着日（センター搬入予定日）  
2回目：消費（賞味）期限設定予定日  
3回目：消費（賞味）期限より 1.5 倍経過後（期限を担保する日）  
で設定してください。  
間に更に検査を挟むことも可能です。  
ただし、土日・祝日は外すようお願いします。  
もし、土日・祝日が入ってしまう場合は翌週の月曜及び祝日の次  
の日に設定してください。

【特 記 事 項】

検体の Lot・消費（賞味）期限等を  
成績書に記載が必要な場合は、ご記入ください。