

▶ 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 ℃

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

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。

▶ 検体の量は、50 グラム (卵 1 個ぐらい) 以上必要です。
少ないと正しい検査数値が得られません。

一般社団法人愛知県食品衛生協会 食品衛生センター

住所 : 愛知県大府市月見町 4 丁目 70 番地

TEL : 0562-44-8401

FAX : 0562-44-8404

2025 年 5 月作成