

支部番号	
------	--

食 品 自 主 検 査 依 頼 書										
郵便番号 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> — <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
住 所										
屋 号										
代表者氏名		(担当者名)								
電話番号										
年 月 日 次のとおりに試験検査を依頼します。										
試験品(検体)の名称		食品()								
試験品(検体)の数量又は件数		1	試験品の 製造年月日 年 月 日							
試験品の包装形態		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)								
検査の 種類 及び 項目	衛生指標菌検査	生菌数 大腸菌群 E.coli								
	食中毒起因菌検査	黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ クロストリジウム属菌 その他 ()								
【特記事項】										
▶検体の量について 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。										