

食品保存検査／賞味・消費期限設定検査 依頼書

受付日	年	月	日	保管温度	<input type="checkbox"/> 冷蔵	<input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温	搬入方法	<input type="checkbox"/> 持込	<input type="checkbox"/> 回収	<input type="checkbox"/> 宅配	<input type="checkbox"/> 郵便	受付者	印
-----	---	---	---	------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----	---

※太枠内は、必ずご記入ください！

発送日	年	月	日	輸送温度	<input type="checkbox"/> 冷蔵	<input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温
-----	---	---	---	------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

■ご依頼者様情報 (該当する輸送温度に☑してください。)

会社名				会員No.			
部署名	役職名			担当者名			
所在地	〒						
TEL	FAX				E-mail		

■成績書送付先 (ご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

会社名				TEL			
部署名	役職名			担当者名			
所在地	〒						

■成績書宛名 (成績書に記載する宛名がご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

--

▽検査項目一覧 (該当する項目No.を選び、■依頼内容に転記してください。また一覧以外の項目は、その他:にご記入ください。)

No.	検査項目	日数	No.	検査項目	日数	No.	検査項目	日数
1	一般生菌数	4日	6	黄色ブドウ球菌(陰性・陽性)	5～7日	12	カンピロバクター属菌(陰性・陽性)	6～9日
2	大腸菌群(陰性・陽性)	4～7日	7	黄色ブドウ球菌数	5～7日	13	好気性芽胞形成菌数	4日
3	大腸菌群数	4～7日	8	腸炎ビブリオ(陰性・陽性)	5～9日	14	真菌数	7～9日
4	大腸菌(陰性・陽性)	4～7日	9	サルモネラ属菌(陰性・陽性)	5～9日	15	酵母数	4～6日
5	大腸菌数	4～7日	10	腸管出血性大腸菌O157(陰性・陽性)	5～9日	30	カビ数	7～9日

注)No.の並びが一部順不同のため、転記の際はご注意ください。

■食品衛生法に基づく規格試験 (ご希望の場合は、規格名・試験方法をご記入ください。)

--

▽保存温度一覧 (該当する保存温度を選び、■依頼内容に転記してください。)

5℃	10℃	25℃	30℃	35℃
----	-----	-----	-----	-----

注)その他の保存温度をご希望の場合は、事前にお問合せください。また、一覧以外の保存温度は、3割増料金となります。

■依頼内容 (☐初回は、保存せずに受付けた状態で検査を実施する場合に☑してください。)

No.	検体名(例 サラダ 10℃2日保存)	特記事項(製造日など)	実施日(土日祝除く)	検査項目(例 ☑検体No. 1 と同じ)
1	検体名: ☐ 初回 °C 日 保存 (時間)		年 月 日 (時間後)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ その他: その他:
	☐ 検体No. と同じ			
2	☐ 初回 °C 日 保存 (時間)		年 月 日 (時間後)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ その他: その他:
	☐ 検体No. と同じ			
3	☐ 初回 °C 日 保存 (時間)		年 月 日 (時間後)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ その他: その他:
	☐ 検体No. と同じ			
4	☐ 初回 °C 日 保存 (時間)		年 月 日 (時間後)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ その他: その他:
	☐ 検体No. と同じ			

注)検体は、検査回数分をご用意ください。

■連絡事項 (その他ご要望をお書きください。また納期指定がある場合は、☑および納期をご記入ください。)

<input type="checkbox"/> 納期指定 (月 日 までに <input type="checkbox"/> FAX着 <input type="checkbox"/> 成績書着)	<送付先> 株式会社未来 マイラボ食品検査センター 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5 TEL:059-379-0077 FAX:059-367-7610
--	--

