

# 食品検査依頼書

受付日 年 月 日

**※必須項目**

※検体提出日	年 月 日	検体の種類	※担当者		
※事業所名				部署名	
※住所	〒				※TEL
					FAX
検査目的	<input type="checkbox"/> 通常検査 <input type="checkbox"/> 日持ち検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
備考					

No.	※検体の名称	※検査項目 (必要な項目にチェックをつけて下さい)																		
		一般生菌数	大腸菌群		糞便系大腸菌 (E.coli)		黄色ブドウ球菌	サルモネラ	カンピロバクター	腸炎ビブリオ	好気性芽胞菌	嫌気性芽胞菌	腸内細菌科菌群	O157	セレウス菌	ウエルシユ菌	真菌 (カビ酵母)	無菌試験	(その他)	
			定性	定量	定性	定量														
1		製造日時	年	月	日	賞味期限	年	月	日	Lot										
2		製造日時	年	月	日	賞味期限	年	月	日	Lot										
3		製造日時	年	月	日	賞味期限	年	月	日	Lot										
4		製造日時	年	月	日	賞味期限	年	月	日	Lot										
5		製造日時	年	月	日	賞味期限	年	月	日	Lot										
6		製造日時	年	月	日	賞味期限	年	月	日	Lot										
7		製造日時	年	月	日	賞味期限	年	月	日	Lot										
8		製造日時	年	月	日	賞味期限	年	月	日	Lot										
9		製造日時	年	月	日	賞味期限	年	月	日	Lot										
10		製造日時	年	月	日	賞味期限	年	月	日	Lot										

その他連絡事項