

# 食品検査依頼書

令和      年      月      日

株式会社江東微生物研究所 御中

依頼者 (営業者)	住所	〒		
	屋号又は 名称			
	氏名又は 法人名			
	担当者	氏名		
	連絡先	電話	—	—
		FAX	—	—
成績書の送付先住所 (上記住所と異なる場合)		〒		

検体名(製品名)				
施設名、学校名、事業所名等				
製造(加工・調理)年月日		令和      年      月      日		
ロット(製造)番号等				
細菌検査項目		理化学検査項目		
セット 1	細菌数、大腸菌、黄色ブドウ球菌	異物(定性・定量)	1 検査項目の該当項目を ○で囲ってください。 2 検査対象食品添加物の 名称を下記(      )に記 入してください。  食品添加物の名称 (      ) (      )	
セット 2	細菌数、大腸菌群、黄色ブドウ球菌	塩分		
セット 3	細菌数、大腸菌、黄色ブドウ球菌、 サルモネラ属菌	食品添加物(保存料)		
		食品添加物(甘味料)		
セット 4	細菌数、大腸菌、黄色ブドウ球菌、 サルモネラ属菌、O-157	食品添加物(着色料)		
セット 5	細菌数、大腸菌、腸炎ビブリオ(最確数)	食品添加物(発色剤)		
細菌数	サルモネラ属菌	食品添加物(漂白剤)		
大腸菌群	腸炎ビブリオ(定性)			
大腸菌	腸炎ビブリオ(最確数)			
黄色ブドウ球菌				
検査項目の該当項目を○で囲ってください。				
支所受付 No.		後 納 の 場 合	請求先住所	〒
検査料金	円		請求先名称	
前納・後納 (該当するものを○で囲ってください。)			必要書類	見積書・納品書・請求書 (該当するものを○で囲ってください。)

○ 問合せ先 (公社) 福島県食品衛生協会 電話 024-521-4310 FAX 024-523-5674