

食品検査依頼書

株式会社江東微生物研究所 御中

令和 年 月 日
担当地区 ()

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・宛名 (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(セット)	料金	内消費税	理化学検査項目	料金	内消費税
セット1 細菌数、大腸菌、黄色ブドウ球菌	4,950円	450円	異物検査(みそのダニ)	8,800円	800円
セット2 細菌数、大腸菌群、黄色ブドウ球菌	4,950円	450円	塩分(食塩相当量)	3,850円	350円
セット3 細菌数、大腸菌、黄色ブドウ球菌、サルモネラ属菌	7,150円	650円	一般成分分析セット	13,200円	1,200円
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	10,450円	950円	食品添加物 ※検査対象食品添加物の名称を下記() に記入してください。 () ()		
セット5 細菌数、大腸菌、腸炎ビブリオ(最確数)	6,270円	570円			
※検査項目の該当項目を○で囲ってください。					

細菌検査項目(単項目)	料金	内消費税
細菌数、大腸菌群、大腸菌、腸炎ビブリオ、カビ、酵母	各1,760円	160円
黄色ブドウ球菌	1,980円	180円
サルモネラ属菌	2,200円	200円
腸炎ビブリオ(最確数)	3,300円	300円
無菌試験	3,300円	300円
※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	
内消費税	円		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。)
前納・後納 (該当するものを○で囲ってください。)				