

試験依頼書

*注意事項などについてご確認の上、太枠内をご記入下さい。

事業者名	フリガナ	日時	20 年 月 日	
	所属: 担当者:		採取・受取・搬入・郵送	
住所	〒	受付者	:	
	TEL () FAX ()			
報告書の宛先		受付印		
検査料金請求先				
報告書の郵送先				
ご依頼の目的	1 自主管理用 2 苦情処理用 3 成分規格検査 4 その他()			
試験品の搬送	発送日	月 日	到着予定	月 日

試験内容

お願い: 試験結果報告書発行後は、検体名、記載事項等を一切変更できません。記載事項がない場合には「なし」を○で囲んでください。

試験結果報告書に記載する品名	試験品情報 (製造日、Lot、等級等)	試験項目 ご希望の項目を○で囲んで下さい。
1	なし	一般生菌数・低温細菌数・大腸菌群・ブドウ球菌 サルモネラ・腸炎ビブリオ・E.Coli・腸管出血性大腸菌* 亜硝酸根・pH・ヒスタミン・水分活性・塩分 酸価・過酸化物質価・その他()
2	なし	一般生菌数・低温細菌数・大腸菌群・ブドウ球菌 サルモネラ・腸炎ビブリオ・E.Coli・腸管出血性大腸菌* 亜硝酸根・pH・ヒスタミン・水分活性・塩分 酸価・過酸化物質価・その他()
3	なし	一般生菌数・低温細菌数・大腸菌群・ブドウ球菌 サルモネラ・腸炎ビブリオ・E.Coli・腸管出血性大腸菌* 亜硝酸根・pH・ヒスタミン・水分活性・塩分 酸価・過酸化物質価・その他()

その他ご希望する事項をご記入下さい。

* 腸管出血性大腸菌 (O157等) のベロ毒素遺伝子検出法 (Real-time PCR法) によるスクリーニング

試験結果

結果の連絡	<input type="checkbox"/> 要 (電話・FAX) 連絡担当:	<input type="checkbox"/> 不要
報告書へ特記する事項などのご希望		

* ご依頼された試験の情報及び結果は依頼者の同意なしに他者に供覧することはありません。

検査料金		入力者	チェック者
報告書発送方法	郵送・その他()	月 日	月 日
※注意事項		報告書発送日	
1 試験結果報告書の再発行は発行後1年以内に限ります。ただし、本依頼書への誤記載による再発行は一切行いませんので、ご了承ください。			
2 試験結果報告書の再発行は、1枚につき500円(税抜き)申し受けます。			
3 提出された試験品は、受付時に返却を求められない限り、廃棄いたします。			

厚生労働大臣登録検査機関

株式会社 札幌市中央卸売市場食品衛生検査センター

〒 060-0012 札幌市中央区北12条西20丁目1番10号 カネシメ冷蔵 2F

TEL 011(618)2263

FAX 011(618)2264