

記入例

試験依頼書 (保存試験)

*下記の注意事項についてご確認の上、太枠内を記入、選択して下さい。

※弊社使用欄 2304版 B1

事業者名	フリガナ マルマルマルマル (カ) 〇〇〇〇株式会社		
	所属: 品質管理部	担当者: 検査 花子	
住所	〒 000 - 0000 札幌市中央区北1条西1丁目1番地		
	TEL	000 - 999 - 0000	
	FAX	999 - 999 - 9999	
報告書へ記載する宛名	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 【依頼者と異なる場合】は、「報告書へ記載する宛名 (事業者名等)」		
試験手数料請求先	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 【依頼者と異なる場合】は、「ご請求先名称・住所・電話番号等」		
報告書郵送先	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 【依頼者と異なる場合】は、「報告書の郵送先・住所・電話番号等」		
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 (公定法) ④ その他()		
試験品の搬送	発送日	4月1日	到着日 4月2日

日時	20 年 月 日
	採取・受取・搬入・郵送
受付者	この欄には 記入しないで ください
受付印	

試験結果報告書に記載する名称 (品名など)	試験品情報 (製造日/LotNo/等級など)
カスタードシュークリーム	製造日: 2023年4月1日 なし

試験内容 (試験回数/保存温度/試験期間) 必要事項のご記入、ご希望の保存温度および試験項目を○で囲んで下さい

1回目	4月2日	初発 / (-)	日後 日時 時間後	合計試験回数 (7) 回
2回目	4月3日	(1)	日後 日時 時間後	保存温度 常温 / 10°C / 5°C / その他()°C
3回目	4月4日	(2)	日後 日時 時間後	試験項目を○で囲んで下さい → 1回目 一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌・サルモネラ菌 腸炎ビブリオ・E. Coli・腸管出血性大腸菌*・セレウス菌 pH・水分活性・塩分・ヒスタミン・酸価・過酸化物質 その他(カビ・酵母)
4回目	4月5日	(3)	日後 日時 時間後	
5回目	4月6日	(4)	日後 日時 時間後	2回目以降 一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌・サルモネラ菌 腸炎ビブリオ・E. Coli・腸管出血性大腸菌*・セレウス菌 pH・水分活性・塩分・ヒスタミン・酸価・過酸化物質 その他()
6回目	4月7日	(5)	日後 日時 時間後	試験最終 一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌・サルモネラ菌 腸炎ビブリオ・E. Coli・腸管出血性大腸菌*・セレウス菌 pH・水分活性・塩分・ヒスタミン・酸価・過酸化物質 その他()
7回目	4月9日	(7)	日後 日時 時間後	

試験に関するご希望 (試験法の指定、基準値の指定など) がございましたら記入してください

結果速報のご連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (電話・FAX・E-mail)	担当者名: 検査 花子	<input type="checkbox"/> 不要
報告書発行に関するご希望	初発のみ別紙にて報告書発行希望 ※「メールアドレス」は、この欄へ記載して下さい		

※弊社使用欄

検査料金	この欄には記入しないでください	入力者	チェック者
報告書発送方法		月 日	月 日
※確認事項および注意事項		報告書発送日	
1 検査に必要な量は検査回数ごとに100g以上必要です。 2 パック製品については、同一ロットの製品を検査回数分用意します。 3 時間指定の保存試験において、営業時間 (8:00~16:30) 外の試験は実施できません。 4 検体保管料として、別途料金 (10日目まで3,000円、以後10日毎に2,000円) を申し受けます。 5 日曜日・祝祭日に試料調製 (判定は除く) する場合、別途5,000円申し受けます。 6 試験結果報告書発行後は請求先、依頼者名、検体名、検査項目等は変更できません。 7 試験結果報告書の再発行は、発行後1年以内に限り、1枚につき500円申し受けます。 8 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。			

TEL 011-618-2263 / FAX 011-618-2264

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1-10 カネシメ冷蔵(株)2F

記入例

試験依頼書 (保存試験)

*下記の注意事項についてご確認の上、太枠内を記入、選択して下さい。

※弊社使用欄 2304版 B1

事業者名	フリガナ マルマルマルマル (カ) 〇〇食品株式会社		
	所属: 品質保証課	担当者: 試験 太郎	
住所	〒 060 - 1111 札幌市中央区北11条西1丁目9番地		
	TEL	011 - 111 - 1111	
	FAX	011 - 999 - 9999	
報告書へ記載する宛名	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 【依頼者と異なる場合】は、「報告書へ記載する宛名 (事業者名等)」		
試験手数料請求先	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 【依頼者と異なる場合】は、「ご請求先名称・住所・電話番号等」		
報告書郵送先	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 【依頼者と異なる場合】は、「報告書の郵送先・住所・電話番号等」		
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 (公定法) ④ その他 ()		
試験品の搬送	発送日	4月 1日 →	到着日 4月 2日

日時	20 年 月 日
	採取・受取・搬入・郵送
受付者	この欄には 記入しないで ください
受付印	

試験結果報告書に記載する名称 (品名など)	試験品情報 (製造日/LotNo/等級など)
いくら醤油漬	LotNo : A01042420 なし

試験内容 (試験回数/保存温度/試験期間) 必要事項のご記入、ご希望の保存温度および試験項目を○で囲んで下さい

1回目	4月 2日	初発 / (-)	日後 日 時間後	合計試験回数 (6) 回 保存温度 常温 / 10°C / 5°C / その他 () °C	試験項目を○で囲んで下さい → 1回目 → 試験項目を○で囲んで下さい → 2回目以降 → 試験最終	一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌・サルモネラ菌 腸炎ビブリオ・E. Coli・腸管出血性大腸菌*・セレウス菌
2回目	4月 3日	(D+1)	日後 日 時間後			pH・水分活性・塩分・ヒスタミン・酸価・過酸化物質 その他 ()
3回目	4月 4日	(D+2)	日後 日 時間後			一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌・サルモネラ菌 腸炎ビブリオ・E. Coli・腸管出血性大腸菌*・セレウス菌
4回目	4月 5日	(D+3)	日後 日 時間後			pH・水分活性・塩分・ヒスタミン・酸価・過酸化物質 その他 ()
5回目	4月 6日	(D+4)	日後 日 時間後			一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌・サルモネラ菌 腸炎ビブリオ・E. Coli・腸管出血性大腸菌*・セレウス菌
6回目	4月 7日	(D+5)	日後 日 時間後			pH・水分活性・塩分・ヒスタミン・酸価・過酸化物質 その他 ()
回目	月 日	()	日後 日 時間後			

試験に関するご希望 (試験法の指定、基準値の指定など) がございましたら記入してください

結果速報のご連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (電話・FAX・E-mail)	担当者名: 試験太郎	<input type="checkbox"/> 不要
報告書発行に関するご希望	初発のみ別紙にて報告書発行希望 ※「メールアドレス」は、この欄へ記載して下さい		

※弊社使用欄

検査料金	この欄には記入しないでください	入力者	チェック者
報告書発送方法		月 日	月 日
※確認事項および注意事項		報告書発送日	
1 検査に必要な量は検査回数ごとに100g以上必要です。 2 パック製品については、同一ロットの製品を検査回数分用意します。 3 時間指定の保存試験において、営業時間 (8:00~16:30) 外の試験は実施できません。 4 検体保管料として、別途料金 (10日目まで3,000円、以後10日毎に2,000円) を申し受けます。 5 日曜日・祝祭日に試料調製 (判定は除く) する場合、別途5,000円申し受けます。 6 試験結果報告書発行後は請求先、依頼者名、検体名、検査項目等は変更できません。 7 試験結果報告書の再発行は、発行後1年以内に限り、1枚につき500円申し受けます。 8 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。			

TEL 011-618-2263 / FAX 011-618-2264

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1-10 カネシメ冷蔵(株)2F

記入例

試験依頼書 (保存試験)

*下記の注意事項についてご確認の上、太枠内を記入、選択して下さい。

※弊社使用欄 2304版 B1

事業者名	フリガナ コ) マルマルフード 有限会社 〇〇フード		
	所属: 製品課	担当者: 分析 元	
住所	〒 060 - 9999 札幌市中央区北9条東7丁目1 1 1 番地		
	TEL	011 - 888 - 8888	
	FAX	011 - 555 - 5555	
報告書へ記載する宛名	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 【依頼者と異なる場合】は、「報告書へ記載する宛名 (事業者名等)」		
試験手数料請求先	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 【依頼者と異なる場合】は、「ご請求先名称・住所・電話番号等」		
報告書郵送先	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者と同じ 【依頼者と異なる場合】は、「報告書の郵送先・住所・電話番号等」		
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 (公定法) 4 その他 ()		
試験品の搬送	発送日	4 月 1 日 →	到着日 4 月 2 日

日時	20 年 月 日
	採取・受取・搬入・郵送
受付者	この欄には 記入しないで ください
受付印	

試験結果報告書に記載する名称 (品名など)	試験品情報 (製造日/LotNo/等級など)
特製おかず弁当	なし

試験内容 (試験回数/保存温度/試験期間) 必要事項のご記入、ご希望の保存温度および試験項目を○で囲んで下さい

1 回目	4 月 2 日	初発 / (-)	日後 日 時間後	合計試験回数 (7) 回
2 回目	4 月 3 日	(24)	日後 日 時間後	保存温度 常温 / 10°C / 5°C / その他 () °C
3 回目	4 月 4 日	(48)	日後 日 時間後	試験項目を○で囲んで下さい → 1 回目 → 試験項目を○で囲んで下さい → 2 回目以降 → 試験最終
回目	月 日	()	日後 日 時間後	
回目	月 日	()	日後 日 時間後	
回目	月 日	()	日後 日 時間後	
回目	月 日	()	日後 日 時間後	一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌・サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ・E. Coli・腸管出血性大腸菌*・セレウス菌 pH・水分活性・塩分・ヒスタミン・酸価・過酸化物質 その他 ()
回目	月 日	()	日後 日 時間後	一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌・サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ・E. Coli・腸管出血性大腸菌*・セレウス菌 pH・水分活性・塩分・ヒスタミン・酸価・過酸化物質 その他 ()

試験に関するご希望 (試験法の指定、基準値の指定など) がございましたら記入してください

結果速報のご連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (電話・FAX・E-mail)	担当者名: 分析 元	<input type="checkbox"/> 不要
報告書発行に関するご希望	メールアドレス: h.bunseki@marumarufood.jp		

※弊社使用欄

検査料金	この欄には記入しないでください	入力者	チェック者
報告書発送方法		月 日	月 日
※確認事項および注意事項		報告書発送日	
1 検査に必要な量は検査回数ごとに100g以上必要です。 2 パック製品については、同一ロットの製品を検査回数分用意します。 3 時間指定の保存試験において、営業時間 (8:00~16:30) 外の試験は実施できません。 4 検体保管料として、別途料金 (10日目まで3,000円、以後10日毎に2,000円) を申し受けます。 5 日曜日・祝祭日に試料調製 (判定は除く) する場合、別途5,000円申し受けます。 6 試験結果報告書発行後は請求先、依頼者名、検体名、検査項目等は変更できません。 7 試験結果報告書の再発行は、発行後1年以内に限り、1枚につき500円申し受けます。 8 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。			

TEL 011-618-2263 / FAX 011-618-2264

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1-10 カネシメ冷蔵(株)2F