

# 試験依頼書 (保存試験用)

\*下記の注意事項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		
検査料金の請求先							
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			

**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 (複数可)	試験品情報 (製造日、Lot、等級等)	保存温度
	なし	℃

## 試験内容 (試験回数および期間)

ご希望の項目を○で囲んで下さい。

(試験開始) 初 発	月 日 ( 曜日)	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* pH・水分活性・塩分・ヒスタミン・酸価・過酸化物質 ・その他 ( )
( ) 日目 日後	( ) 日目 日後	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* pH・水分活性・塩分・ヒスタミン・酸価・過酸化物質 ・その他 ( )
試験最終: ( ) 日目・日後	月 日 ( 曜日)	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* pH・水分活性・塩分・ヒスタミン・酸価・過酸化物質 ・その他 ( )
合計試験回数: ( ) 回		

その他希望する事項をご記入ください。

\* 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) 担当者名:	<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
		報告書発送日	

## ※確認事項

- 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 午後に持込まれた冷凍の検体についてはマイナス30℃に保管し、翌日以降の検査になります。
- 4 検体保管料として、別途料金 (10日目まで2,000円、以後10日毎に1,500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2,000円申し受けます。

## ※注意事項

- 1 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。
- 2 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。
- 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。
- 4 金額は全て税抜き表示です。

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  
TEL 011(618)2263 FAX 011(618)2264