

検体番号	I
------	---

一般食品検査依頼書

当センターで
記入します

下記のとおり試験検査を依頼します。〔太枠内のみご記入ください。〕

会社名、試験品名称、特記事項等はここに記載されたとおりに試験証明書に記載します。

依頼年月日	2009年1月1日
-------	-----------

依頼者	会社名	食品株式会社	御担当者	千葉 太郎
	住所	〒267-0056	TEL	043-205-8225
		千葉県千葉市緑区大野台2-3-36		FAX

上記の依頼者と請求書宛先名、送付宛先名が異なる場合は下記にご記入ください。	
請求書宛先名	
送付宛先名	変更点がある場合 記入してください
送付先住所	〒
御担当者	:

〔注意事項〕
 試験を通じて知りえた情報等の秘密保持を厳守します。
 ここに記載された事項は、受付後、原則変更できませんので、事前にご確認願います。
 試験品等については、申し添えがない場合、原則返却いたしません。
 検査料金は、請求書に記載の口座へ納入期限内にお納めください。

試験品名称 (商品名等)	希望検査項目に 印又は記入して下さい
千葉饅頭	<input checked="" type="checkbox"/> 一般細菌数 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群 大腸菌 黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ セレウス菌 大腸菌O-157 カビ数 酵母数 カビの同定 異物の同定
特記事項 (ロット・賞味期限・消費期限等)	乳酸菌 上記にない場合に検査項目をご記入下さい
賞味期限2009年2月1日	

上記の検査条件等を記入して下さい。〔保存試験は、温度と時間(日数)を必ず記入して下さい。〕

試験品及び試験証明書等の取り扱いについて 印又は記入して下さい	
試験証明書の使用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 自社管理用 ・ <input type="checkbox"/> 流通用 ・ <input type="checkbox"/> クリーム品用 ・ <input type="checkbox"/> 製品表示用 ・ その他()
試験証明書の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> 窓口引き取り ・ その他()
その他希望要件等 (試験品の返却の有無など)	

この一般食品検査依頼書を下記にFAXし、コピーを試験品と同封のうえ、持込又はご送付願います。〔受付時間: 9:00 ~ 15:30〕

財団法人 千葉県薬剤師会検査センター 食品検査部
 〒267-0056 千葉県千葉市緑区大野台2-3-36
 TEL 043-205-5221(予約専用) FAX 043-205-8586

下欄は当センター
で記入します

受付日・時間	年 月 日() 時 分	試験終了 予定日	年 月 日()	
受付状態	常温 ・ 冷蔵 ・ 冷凍	確認者	確認者	受付者
受付区分	採取 ・ 送付 ・ 持込			
受付時の数量				

* 試験証明書を他の宣伝媒体にご使用の場合は、「不当景品類及び不当表示防止法」等の関係法令の遵守をお願いします。

注) 試験終了予定日は、確認試験等により延期になる場合があります。