

見 本
食品（細菌学）試験依頼書

① 依頼日 令和 3 年 4 月 1 日

公益社団法人大分県薬剤師会 検査センター 殿
下記のとおり試験(検査)を依頼します。

依頼者 ②	住所 〒 870 - 0000 大分市大分1番地1		
	ふりがな 氏名	かぶしきがいしゃ まるまるまるまる 株式会社 ○○○○	印 TEL (097) 000 - 0000
手数料 支払者 ※	依頼者と異なる場合のみご記入ください 住所 〒 - 氏名 TEL () -		
	依頼者と異なる場合のみご記入ください 住所 〒 - 氏名 TEL () -		
結果書 送付先 ※	依頼者と異なる場合のみご記入ください 住所 〒 - 氏名 TEL () -		
	① 郵送 2. 窓口		

品目名 又は 試料(検体)名 ③	おんせんまんじゅう			※依頼者と手数料支払者、結果書送付先 が異なる場合はをご記入ください。
採取場所 ④	○○加工場			
採取者 ⑤	ふりがな 氏名	おおいた たろう 大分 太郎	(所属) 総務課	TEL (097) 000 - 0000
☐ 採取 年月日 ☒ 製造 年月日	R3 年 4 月 1 日 8 時 45 分 ⑥			
結果書備考欄	結果書に追記したい事項があればご記入ください 賞味期限：令和3年4月20日 Lot No. 20210401			

検査目的	☒ 取引書類用(県内 県外) ☐ 品質管理 ☐ クレーム対応 ☒ 賞味期限等設定 ☐ その他 ()			
検査内容	☒ 商品試験 ☐ ふきとり試験 ☐ 日持ち検査 (°C保管) ☐ 規格、基準検査(規格の分類 :)			
検査方法	☐ 指定なし ☐ 指定あり ()			
検査項目 ⑦	セット項目	4 項目 ☐ 大分県指導基準(加熱) 検査法指定の場合 ☒ セット1(細菌数・大腸菌群・大腸菌・黄色ブドウ球菌) () ☐ セット2(細菌数・大腸菌群・大腸菌・サルモネラ属菌) () ☐ セット3(細菌数・大腸菌群・大腸菌・腸炎ビブリオ) () *大腸菌群・大腸菌についてはご指定がない限り酵素基質培地法(定量)で実施します。		
		3 項目 ☐ 大分県指導基準(未加熱) 検査法指定の場合 ☐ セット4(細菌数・大腸菌・黄色ブドウ球菌) () ☐ セット5(細菌数・大腸菌・サルモネラ属菌) () ☐ セット6(細菌数・大腸菌・腸炎ビブリオ) () *大腸菌についてはご指定がない限り酵素基質培地法(定量)で実施します。 ☐ セット7 カビ(定性 or 定量)・酵母		
	単一項目	☐ 細菌数 ☐ 大腸菌群 ☐ 大腸菌 ☐ 黄色ブドウ球菌 ☐ 耐熱菌 ☐ 腸炎ビブリオ ☐ サルモネラ ☐ 乳酸菌 ☐ その他 () *大腸菌群・大腸菌についてはご指定がない限り酵素基質培地法(定量)で実施します。		
(備考)	☐ 理化学検査と細菌学検査の複合型の場合、結果書を1枚で施行を希望する(項目により対応できない場合もあります)			

センター確認事項

検体搬入時の状態 ☐ 常温 ☐ 冷蔵 ☐ 冷凍	検体の返却 ☐ 必要 ☐ 不要	重量 g
---	--	---------