

食品（細菌学）試験依頼書

依頼日 令和 年 月 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	住所 〒 _____		
	ふりがな 氏名 _____	印 _____	TEL(_____) _____
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(_____) _____		
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			
採取場所			
採取者	ふりがな 氏名 _____	(所属) _____	TEL(_____) _____
<input type="checkbox"/> 採取 年月日 <input type="checkbox"/> 製造 年月日	年 月 日 時 分		
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		

検査目的	<input type="checkbox"/> 取引書類用(県内・県外) <input type="checkbox"/> 品質管理 <input type="checkbox"/> クレーム対応 <input type="checkbox"/> 賞味期限等設定 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
検査内容	<input type="checkbox"/> 商品試験 <input type="checkbox"/> ふきとり試験 <input type="checkbox"/> 日持ち検査 (_____ °C保管) <input type="checkbox"/> 規格、基準検査 (規格の分類 : _____)		
検査方法	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定あり (_____)		
検査項目	セット項目	4 項目 <input type="checkbox"/> 大分県指導基準 (加熱) 検査法指定の場合 <input type="checkbox"/> セット 1 (細菌数・大腸菌群・大腸菌・黄色ブドウ球菌) (_____) <input type="checkbox"/> セット 2 (細菌数・大腸菌群・大腸菌・サルモネラ属菌) (_____) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 大分県指導基準 (未加熱) 検査法指定の場合 <input type="checkbox"/> セット 4 (細菌数・大腸菌・黄色ブドウ球菌) (_____) <input type="checkbox"/> セット 5 (細菌数・大腸菌・サルモネラ属菌) (_____) <input type="checkbox"/> 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。	
	単一項目	<input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 耐熱菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> 乳酸菌 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	検体の返却 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	重量 g
---	--	---------