依頼-010-1_1.00

記　入　例

食品（細菌学）試験依頼書

依頼日　令和 8 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	住所 〒 870-0000　大分市〇〇１番地１	
	ふりがな かぶしきがいしゃ まるまるまるまる 氏名 株式会社 〇〇〇〇　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(　)　－	
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	おんせんまんじゅう
採取場所	〇〇加工場
採取者	ふりがな おおいた たろう 氏名 大分 太郎　(所属)　TEL(　)　－
☐ 採取 年月日 ☑ 製造 年月日	2026 年 4 月 1 日 9 時 30 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 賞味期限：2026年4月7日

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（　℃保管） ☐規格、基準検査	
検査方法	☑指定なし　☐指定あり	
検査項目	セット項目	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）(☐県指基　) ☐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・大腸菌については指定がない場合、酵素基質培地法（定量）で実施**
	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　☐クロストリジア ☐カビ（定性 or 定量）　☐酵母　☐その他（　） ***大腸菌群・大腸菌については指定がない場合、酵素基質培地法（定量）で実施**
	☐規格検査	分類　：☐生食用鮮魚介類　☐生食用かき（むき身） ☐無加熱摂取冷凍食品　☐加熱後摂取冷凍食品（凍結直前加熱） ☐加熱後摂取冷凍食品（凍結直前未加熱）☐生食用冷凍鮮魚介類 ☐その他（　）
(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）** **☐液体の場合、単位を／mL で提出希望**	

センター確認事項

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