

食品 細菌検査依頼書

No. _____

(公財)秋田県総合保健事業団

受付 年 月 日

検査料 _____ 円

※ 太枠の部分は必ずご記入下さい。

入金	未入金
依頼先コード	

〒 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	
住所	
ふりがな	
名称	TEL () - () - ()
代表者名	FAX () - () - ()
製品名	

※ 必要な場合ご記入下さい。

製造又は加工年月日	年	月	日	食品衛生管理者又は食品衛生責任者名
製造又は加工所 名称及び所在地				

製品種別 ☆該当する番号に○印を付けて下さい。(下記以外の製品は空欄部分にご記入下さい。)

102	惣菜(加熱処理したもの)	116	飯ずし	203	氷雪	222	缶詰
103	惣菜(加熱処理しないもの混合)	120	漬物	204	氷菓	223	ビン詰
108	調理パン	501	味噌	210	魚肉ねり製品	224	レトルトパウチ
109	弁当類	502	醤油	217	無加熱摂取冷凍食品	121	非加熱摂取食品
124	検食	114	ゆでめん	218	加熱後摂取冷凍食品 (凍結直前加熱)	301	牛乳
111	豆腐	507	生めん			411	貸おしぼり
112	生菓子	907	乾めん	219	加熱後摂取冷凍食品 (凍結直前加熱以外)	901	その他
113	菓子	601	食鳥卵(中身)				
104	生食用鮮魚介類(刺身、すし種)	602	食鳥卵(殻)	220	生食用冷凍鮮魚介類		

検査項目 ☆該当する番号に○印を付けて下さい。(下記以外の項目は空欄部分にご記入下さい。)

201	生菌数	224	カンピロバクター属菌	236	恒温試験	203	大腸菌群数
202	大腸菌群	220	クロストリジウム属菌	235	細菌試験	264	腸炎ビブリオ最確数
205	E.coli	229	真菌(カビ、酵母)	242	変色および異臭	219	芽胞菌数
212	黄色ブドウ球菌	231	真菌(カビ)	217	ボツリヌス菌・毒素試験	228	乳酸菌数
214	腸炎ビブリオ	208	腸管出血性大腸菌				
215	サルモネラ属菌	210	腸管出血性大腸菌(O157含む)				

※ 請求先と依頼先(太枠部)が異なる場合などございましたらご記入下さい。

備考:
