

# 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。

〒 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	入金 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
住所	未入金 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
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)	120	漬物	203	氷雪	222	缶詰	223	ビン詰
103	惣菜(加熱処理しないもの混合)	114	ゆでめん	204	氷菓	224	レトルトパウチ		
108	調理パン	507	生めん	210	魚肉ねり製品	121	非加熱摂取食品		
109	弁当類	907	乾めん	217	無加熱摂取冷凍食品	301	牛乳		
124	検食	601	食鳥卵(中身)	218	加熱後摂取冷凍食品 (凍結直前加熱)	411	貸おしぼり		
111	豆腐	602	食鳥卵(殻)			501	味噌		
112	生菓子	311	アイスクリーム	219	加熱後摂取冷凍食品 (凍結直前加熱以外)	502	醤油		
113	菓子	312	アイスマイルク			116	飯ずし		
104	生食用鮮魚介類(刺身、すし種)	313	ラクトアイス	220	生食用冷凍鮮魚介類	901	その他		

**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。)

101	生菌数	124	カンピロバクター属菌	136	恒温試験	103	大腸菌群数		
102	大腸菌群	120	クロストリジウム属菌	135	細菌試験	117	ボツリヌス菌・毒素試験		
105	E.coli	129	真菌(カビ、酵母)	119	芽胞菌数	125	セレウス菌		
112	黄色ブドウ球菌	131	カビ	128	乳酸菌数	142	変色および異臭		
114	腸炎ビブリオ	110	腸管出血性大腸菌(O157含む)						
115	サルモネラ属菌	164	腸炎ビブリオ最確数						

※ 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:
-----