

# 食品 細菌検査依頼書

No. \_\_\_\_\_

(公財)秋田県総合保健事業団

検査料	円
-----	---

受付 年 月 日

※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: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" 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。(下記以外の項目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	冰雪	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	217	無加熱摂取冷凍食品	201	清涼飲料水		
109	弁当類	907	乾めん	218	加熱後摂取冷凍食品 (凍結直前加熱)	411	貸おしぼり		
124	検食	601	食鳥卵(中身)			501	味噌		
111	豆腐	602	食鳥卵(殻)	219	加熱後摂取冷凍食品 (凍結直前加熱以外)	502	醤油		
112	生菓子	311	アイスクリーム			901	その他		
113	菓子	312	アイスマルク	220	生食用冷凍鮮魚介類				
104	生食用鮮魚介類(刺身、すし種)	313	ラクトアイス	121	非加熱摂取食品				

## 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	131	カビ	119	芽胞菌数
102	大腸菌群	114	腸炎ビブリオ	132	カビ数	142	変色および異臭
105	E.coli	164	腸炎ビブリオ最確数	133	酵母		
112	黄色ブドウ球菌	120	クロストリジウム属菌	134	酵母数		
115	サルモネラ属菌	129	真菌	136	恒温試験		
110	腸管出血性大腸菌(O157含む)	130	真菌数	135	細菌試験		

※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：
-----