

### 食品等検査依頼書(食品用)

( / )

一般財団法人 新潟県環境分析センター 宛

年 月 日

下記のとおり検査を依頼します。

計画番号:

※下記注意事項をご確認のうえ、太枠内のみご記入ください。

依頼 年月日	年 月 日
-----------	-------

ご依頼者 (ご連絡先)	氏名(事業所名):	所属:(事業部、部、課)	TEL:
	住所(所在地): 〒	ご担当者名:	携帯TEL: 急ぎの場合のご連絡先
		様	FAX: ご記入後再度ご確認ください
ご請求先	氏名(事業所名): 上記「ご依頼者」様と異なる場合ご記入ください	所属:(事業部、部、課)	TEL:
	住所(所在地): 〒	ご担当者名:	FAX: ご記入後再度ご確認ください
		様	
成績書 送付先	氏名(事業所名): 上記「ご依頼者」様と異なる場合ご記入ください	所属:(事業部、部、課)	TEL:
	住所(所在地): 〒	ご担当者名:	FAX: ご記入後再度ご確認ください
		様	
成績書のあて名	上記「ご依頼者」様(氏名(事業所名))と異なる場合ご記入ください		結果速報
			必要(Tel FAX Eメール) / 不要
特記事項			報告書 受取方法
			窓口・郵送・( )
			報告書部数
			部

①	試料名 (商品名等)		検査をご依頼の項目に○印または記入してください
	特記事項	(製造年月日、ロット、賞味期限、消費期限等)	一般細菌数 大腸菌群 大腸菌(E.coli) 黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ 耐熱性菌数 腸管出血性大腸菌O-157 カビ数 酵母数 (その他の検査項目)
②	試料名 (商品名等)		検査をご依頼の項目に○印または記入してください
	特記事項	(製造年月日、ロット、賞味期限、消費期限等)	一般細菌数 大腸菌群 大腸菌(E.coli) 黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ 耐熱性菌数 腸管出血性大腸菌O-157 カビ数 酵母数 (その他の検査項目)
③	試料名 (商品名等)		検査をご依頼の項目に○印または記入してください
	特記事項	(製造年月日、ロット、賞味期限、消費期限等)	一般細菌数 大腸菌群 大腸菌(E.coli) 黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ 耐熱性菌数 腸管出血性大腸菌O-157 カビ数 酵母数 (その他の検査項目)
備考	検査方法の指定及びその他(検査方法について指定がある場合記入してください。指定のない場合は、告示、通知、食品衛生検査指針及び衛生試験法等に準じた検査方法にて検査を行います)		
	試験品の返却	返却方法 (窓口・宅配便(着払い))	受領した試験品は原則として返却いたしません。返却をご希望の場合は記入してください。

- [注意事項]**
- ※1 成績書は依頼書通りに作成しますので正確にご記入ください。なお、成績書発行後は、成績書上のあて名、試料名等については変更できません。
  - ※2 成績書の再発行は発行日から1年以内に限りです。
  - ※3 この個人情報検査の目的以外には使用いたしません。

弊社 使用 欄	受付日時	年 月 日 時 分	依頼番号	試料の適否	試料受付者
	受付状態	常温・冷蔵・冷凍・遮光・その他( )			
	採取者	センター・依頼者・その他( )			
	搬入方法	現地受取(センター)・郵送・持込(依頼者)	①	適合・不適合	
	その他		②	適合・不適合	
			③	適合・不適合	
			区分責任者	受付入力者	計画入力者

④	試料名 (商品名等)		検査をご依頼の項目に○印または記入してください 一般細菌数 大腸菌群 大腸菌(E.coli) 黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ 耐熱性菌数 腸管出血性大腸菌O-157 カビ数 酵母数
	特記事項	(製造年月日、ロット、賞味期限、消費期限等)	(その他の検査項目)
⑤	試料名 (商品名等)		検査をご依頼の項目に○印または記入してください 一般細菌数 大腸菌群 大腸菌(E.coli) 黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ 耐熱性菌数 腸管出血性大腸菌O-157 カビ数 酵母数
	特記事項	(製造年月日、ロット、賞味期限、消費期限等)	(その他の検査項目)
⑥	試料名 (商品名等)		検査をご依頼の項目に○印または記入してください 一般細菌数 大腸菌群 大腸菌(E.coli) 黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ 耐熱性菌数 腸管出血性大腸菌O-157 カビ数 酵母数
	特記事項	(製造年月日、ロット、賞味期限、消費期限等)	(その他の検査項目)
⑦	試料名 (商品名等)		検査をご依頼の項目に○印または記入してください 一般細菌数 大腸菌群 大腸菌(E.coli) 黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ 耐熱性菌数 腸管出血性大腸菌O-157 カビ数 酵母数
	特記事項	(製造年月日、ロット、賞味期限、消費期限等)	(その他の検査項目)
⑧	試料名 (商品名等)		検査をご依頼の項目に○印または記入してください 一般細菌数 大腸菌群 大腸菌(E.coli) 黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ 耐熱性菌数 腸管出血性大腸菌O-157 カビ数 酵母数
	特記事項	(製造年月日、ロット、賞味期限、消費期限等)	(その他の検査項目)
⑨	試料名 (商品名等)		検査をご依頼の項目に○印または記入してください 一般細菌数 大腸菌群 大腸菌(E.coli) 黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ 耐熱性菌数 腸管出血性大腸菌O-157 カビ数 酵母数
	特記事項	(製造年月日、ロット、賞味期限、消費期限等)	(その他の検査項目)
⑩	試料名 (商品名等)		検査をご依頼の項目に○印または記入してください 一般細菌数 大腸菌群 大腸菌(E.coli) 黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌 腸炎ビブリオ 耐熱性菌数 腸管出血性大腸菌O-157 カビ数 酵母数
	特記事項	(製造年月日、ロット、賞味期限、消費期限等)	(その他の検査項目)

**[注意事項]**

- ※1 成績書は依頼書通りに作成しますので正確にご記入ください。なお、成績書発行後は、成績書上のあて名、試料名等については変更できません。
- ※2 成績書の再発行は発行日から1年以内に限ります。
- ※3 この個人情報検査の目的以外には使用いたしません。

依頼番号	試料の適否	試料受付者
④	適合・不適合	
⑤	適合・不適合	
⑥	適合・不適合	
⑦	適合・不適合	
⑧	適合・不適合	
⑨	適合・不適合	
⑩	適合・不適合	