

# 食品微生物検査 依頼書

※太枠内は、必ずご記入ください！

発送日 **2015** 年 **4** 月 **1** 日 輸送温度  冷蔵  冷凍  常温

## ■ご依頼者様情報

(該当する輸送温度に☑してください。)

会社名	<b>〇〇〇〇 株式会社</b>		会員No.	
部署名	<b>マイラボ食品検査センター</b>	役職名		担当者名 <b>鈴鹿 一郎</b>
所在地	<b>〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756-5</b>			
TEL	<b>059-379-0077</b>	FAX	<b>059-367-7610</b>	E-mail

料金請求先が依頼者様と異なる場合、連絡事項に記入、または別紙にて連絡お願い致します。

## ■成績書送付先 (ご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

会社名	<b>△△△△ 株式会社</b>		TEL	<b>△△△-△△△-△△△△</b>
部署名	<b>△△部</b>	役職名		担当者名 <b>鈴鹿 二郎</b>
所在地	<b>〒△△△-△△△△ 三重県四日市市△△-△</b>			

納入先・仕入先等、依頼者様と異なる場合はご記入ください。

## ■成績書宛名 (成績書に記載する宛名がご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

**株式会社 〇〇〇〇**

## ▽検査項目一覧 (該当する項目No.を選び、■依頼内容にNo.を転記してください。また一覧以外の項目は、その他:にご記入ください。)

No.	検査項目	日数	No.	検査項目	日数	No.	検査項目	日数
1	一般生菌数	4日	7	黄色ブドウ球菌数	5~7日	13	好気性芽胞形成菌数	4日
2	大腸菌群(陰性・陽性)	4~7日	8	腸炎ビブリオ(陰性・陽性)	5~9日	14	真菌数	7~9日
3	大腸菌群数	4~7日	9	サルモネラ属菌(陰性・陽性)	5~9日	15	酵母数	4~6日
4	大腸菌(陰性・陽性)	4~7日	10	腸管出血性大腸菌O157(陰性・陽性)	5~9日	30	カビ数	7~9日
5	大腸菌数	4~7日	11	セレウス菌(陰性・陽性)	4~7日	26	乳酸菌数	4~6日
6	黄色ブドウ球菌(陰性・陽性)	5~7日	12	カンピロバクター属菌(陰性・陽性)	6~9日	27	低温細菌数	11~14日

注)No.の並びが一部順不同のため、転記の際はご注意ください。

食品衛生法で定められている食品検査の場合、規格名・試験方法を記入してください。

## ■食品衛生法に基づく規格試験 (ご希望の場合は、規格名・試験方法をご記入ください。)

## ■依頼内容 (期限日と特記事項は、成績書記載が必要な場合にご記入ください。)

No.	検体名	期限日	特記事項(製造日など)	検査項目(例 ☑検体No.1と同じ)
1	<b>玉子焼き</b>	<input type="checkbox"/> 賞味 <input checked="" type="checkbox"/> 消費 <b>2015</b> 年 <b>4</b> 月 <b>3</b> 日	<b>製造日:2015.4.1</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9 その他: その他:
2	<b>玉子焼き(ほうれん草入)</b>	<input type="checkbox"/> 賞味 <input checked="" type="checkbox"/> 消費 <b>2015</b> 年 <b>4</b> 月 <b>3</b> 日	<b>製造日:2015.4.1</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他: その他:
3	<b>白菜一夜漬(浅漬)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 <b>2015</b> 年 <b>4</b> 月 <b>10</b> 日	<b>製造日:2015.4.1</b>	<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 8 その他: その他:
4		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他: その他:
5		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他: その他:
6		<input type="checkbox"/> 賞味 <input type="checkbox"/> 消費 年 月 日		<input type="checkbox"/> 検体No.1と同じ その他: その他:

検査項目が同じ場合はチェックを付けてください。

成績書に記載が必要な場合に記入してください。

## ■連絡事項 (その他ご要望をお書きください。また納期指定がある場合は、☑および納期をご記入ください。)

<b>白菜一夜漬(浅漬)液汁を含め検査実施</b>	〈送付先〉 株式会社未来 マイラボ食品センター 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5 TEL:059-379-0077 FAX:059-367-7610
<input checked="" type="checkbox"/> 納期指定 ( <b>4</b> 月 <b>12</b> 日までに <input checked="" type="checkbox"/> FAX着 <input type="checkbox"/> 成績書着 )	

受付日	年 月 日	温度	<input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 常温	受入	<input type="checkbox"/> 運送 <input type="checkbox"/> 顧客持込 <input type="checkbox"/> 担当持込	確認	印
-----	-------	----	---	----	---	----	---

検査方法、検査部位の指定があればご記入ください。

納期指定が有る場合チェックを付けてください。  
標準納期より短い場合は確認の連絡をいたします。