

▶全ての欄にご記入ください！！

▶必ず電話にて予約をお願いします。

支部番号

食 品 自 主 検 査 依 頼 書

年 月 日

〒 □ □ □ - □ □ □ □

住 所 :

屋 号 :

代表者氏名 : (担当者名)

電 話 番 号 :

電話番号はセンターから連絡を
したい場合があるため、必ず
連絡がつく番号(携帯等)
をお願いします。

年 月 日 次のとおりに試験検査を依頼します。

試験品(検体)の名称	食品 ()		
試験品(検体)の数量又は件数	件	試験品の製造年月日	年 月 日
試験品の包装形態		検体	搬送条件及びご希望の検査項目に丸を付けてください。
試験品の搬送条件	持込・宅配 (冷凍 <u>冷蔵</u> 常温)		
検査の種類及び項目	衛生指標菌検査	<u>生菌数</u> 、 <u>大腸菌群</u> 、E.coli	
	食中毒起因菌検査	<u>黄色ブドウ球菌</u> 、サルモネラ属菌、腸炎ビブリオ、クロストリジウム属菌、その他 ()	

【特 記 事 項】

※検体の Lot・消費(賞味)期限等を成績書に記載が必要な場合は、ご記入ください。

一般社団法人愛知県食品衛生協会 食品衛生センター

住所：愛知県大府市月見町4丁目70番地

TEL：0562-44-8401

FAX：0562-44-8404

2019年12月作成