様式第２（食品の検査）

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：

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		検体採取年月日	年　　月　　日
試験品の搬送条件	持込　・　宅配（冷凍　冷蔵　常温）		
検査の種類及び項目　衛生指標菌検査	生菌数、大腸菌群、E.coli		
検査の種類及び項目　食中毒起因菌検査	黄色ブドウ球菌、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】

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