

# 一般食品検査依頼書

下記のとおり試験検査を依頼します。〔太枠内のみご記入ください。〕

※会社名、試験品名称、特記事項等はここに記載されたとおりに試験証明書に記載します。

依頼年月日	年 月 日
御担当者	
TEL	
FAX	

依頼者	会社名		御担当者	
	住所	〒	TEL	
上記の依頼者と請求書宛先名、送付宛先名が異なる場合は下記にご記入ください。			FAX	
請求書宛先名				
送付宛先名				
送付先住所		〒		
御担当者			TEL :	

**〔注意事項〕**  
 ※ 試験を通じて知りえた情報等の秘密保持を厳守します。  
 ※ ここに記載された事項は、受付後、原則変更できませんので、事前にご確認願います。  
 ※ 試験品等については、申し添えがない場合、原則返却いたしません。  
 ※ 検査料金は、請求書に記載の口座へ納入期限内にお納めください。

試験品名称 (商品名等)	希望検査項目に○印又は記入して下さい
	一般生菌数    大腸菌群    大腸菌    黄色ブドウ球菌 サルモネラ属菌    腸炎ビブリオ    セレウス菌 大腸菌 O-157    カビ数    酵母数 カビの同定    異物の同定 (その他の検査項目)
特記事項 (ロット・賞味期限・消費期限等)	

上記の検査条件等を記入して下さい。〔保存試験は、温度と時間(日数)を必ず記入してください。〕

試験品及び試験証明書等の取り扱いについて○印又は記入して下さい	
試験証明書の使用目的	自社管理用・流通用・クレーム品用・製品表示用・その他 ( )
試験証明書の取扱い	郵送・窓口引き取り・その他 ( )
その他希望要件等 (試験品の返却の有無など)	

この一般食品検査依頼書を下記に FAX し、コピーを試験品と同封のうえ、持込又はご送付願います。〔受付時間：9：00～15：30〕

一般財団法人 千葉県薬剤師会検査センター 食品薬品部

〒267-0056 千葉県千葉市緑区大野台 2-3-36

TEL 043-205-5221(予約専用)

FAX 043-205-8586

受付日・時間	年 月 日( ) 時 分	試験終了 予定日	年 月 日( )	
受付状態	常温・冷蔵・冷凍	確認者	確認者	受付者
受付区分	採取・送付・持込			
受付時の数量				

\* 試験証明書を他の宣伝媒体にご使用の場合は、「不当景品類及び不当表示防止法」等の関係法令の遵守をお願いします。

注) 試験終了予定日は、確認試験等により延期になる場合があります。