

食品検査依頼書(成績発行書)

S

本枠内青網掛け部分は必ずご記入下さい。

受付年月日	受付者	搬入方法	搬入状態
平成 年 月 日 午前・午後 時 分		持込み 引取 郵送 サンプリング	常温 () 冷蔵 () 冷凍 ()

依頼者名			担当部署		
			担当者		
依頼者住所	〒		TEL	()	-
			FAX	()	-
依頼目的	<input type="checkbox"/> 提出用証明書 <input type="checkbox"/> 品質管理 <input type="checkbox"/> 輸入食品検査 <input type="checkbox"/> 保存試験 <input type="checkbox"/> クレーム対応 <input type="checkbox"/> 表示 <input type="checkbox"/> その他()				
検査方法	<input type="checkbox"/> 食品衛生法 <input type="checkbox"/> 規範 <input type="checkbox"/> 食品衛生検査指針 <input type="checkbox"/> 栄養表示基準 <input type="checkbox"/> その他()				
検体名	検体名(製品名・商品名)・総重量(風袋込) <input type="checkbox"/> 別紙				検体数
	保存検査の場合、検査の詳細を記入				検体
検査項目	詳細				
栄養成分	<input type="checkbox"/> A エネルギー・水分・たんぱく質・脂質・炭水化物・灰分 <input type="checkbox"/> 容量(100ml)当たり希望(比重追加) <input type="checkbox"/> B エネルギー・水分・たんぱく質・脂質・食物繊維・糖質・灰分 その他() 「包装表示」を目的とする栄養成分検査は、食塩相当量も必要です。				
無機質	<input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Fe <input type="checkbox"/> Zn <input type="checkbox"/> Cu <input type="checkbox"/> Mn <input type="checkbox"/> 食塩相当量 <input type="checkbox"/> その他()				
ビタミン	<input type="checkbox"/> A () <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> その他()				
食品添加物	<input type="checkbox"/> ソルビン酸 <input type="checkbox"/> 安息香酸 <input type="checkbox"/> 亜硝酸根 <input type="checkbox"/> SO ₂ <input type="checkbox"/> タール色素 <input type="checkbox"/> サイクラミン酸 <input type="checkbox"/> その他() 食品添加物使用の有無：有・無				
有害物質等	<input type="checkbox"/> Cd <input type="checkbox"/> Pb <input type="checkbox"/> As <input type="checkbox"/> T-Hg <input type="checkbox"/> T-Cr <input type="checkbox"/> 重金属(Pbとして) <input type="checkbox"/> 貝毒(麻痺性・下痢性) <input type="checkbox"/> 抗生物質 () <input type="checkbox"/> 合成抗菌剤 () <input type="checkbox"/> 残留農薬 () <input type="checkbox"/> その他()				
細菌	<input type="checkbox"/> 冷凍食品 <input type="checkbox"/> 食肉製品 <input type="checkbox"/> 細菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 大腸菌(E.coli) <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> 生食用鮮魚介類 <input type="checkbox"/> 腸炎ピブリオ <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌O157 <input type="checkbox"/> 耐熱性芽胞菌 <input type="checkbox"/> 真菌数 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> セレウス菌 <input type="checkbox"/> クロストリジウム属菌 <input type="checkbox"/> その他()				
規格	<input type="checkbox"/> 食品添加物 () <input type="checkbox"/> 器具又は容器包装(材料・原材料) () <input type="checkbox"/> 乳及び乳製品(種類別名称) () <input type="checkbox"/> 清涼飲料水又はミネラルウォータークーラー(成分規格・原水)				
その他	<input type="checkbox"/> デンプン <input type="checkbox"/> 酸価 <input type="checkbox"/> 過酸化値 <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> 異物 <input type="checkbox"/> その他()				
成績書受領	方法	郵送・窓口	事前連絡	要・不要	TEL・FAX () - / 済
	成績書宛名	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ(宛名) (住所)〒 - <input type="checkbox"/> 右記			
検査手数料	請求書宛名	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ(宛名) (住所)〒 - <input type="checkbox"/> 右記			
	見積り(有・無) 契約(有・無)	手数料	検査料	・その他の経費 ・消費税	・合計金額 ¥
検体返却	要・不要	容器	センター・その他	容器返却	要・不要
請求書様式	センター用紙	県・市・町用紙	その他()	入金	発送・渡し
備考			請求	手数料	

本依頼書に記載された情報は、成績書、業務連絡、事業活動及び提供サービス以外には使用しません。

注意事項

- 1：成績書発行後は、成績書の訂正はできませんので、記入事項は十分ご確認ください。
- 2：提出された検体・容器は、受付時に返却を求められない限り、廃棄いたします。

一般社団法人香川県薬剤師会
 検査センター
 高松市亀岡町9番20号
 TEL 087-834-5145
 FAX 087-837-7901