※太枠内をご記入ください。

検査依頼書

受付No.	～

分類	保存試験	依頼者コードNo.	
依頼年月日	年　月　日	成績書	郵送・来所・FAX・(　　)
依頼者 住所	〒(　　―　　)		
依頼者 会社名(氏名)	(担当者名　　)		
	TEL：	FAX：	

次のとおり検査を依頼します。

試料名		保存温度	5℃・10℃・25℃・　℃
		検体の種類数	種類
検査期間	月　日～　月　日(　　)日間	途中中止(中止の条件)	あり　・　なし (　　)
検査回数	回		
食品の種類	冷凍食品 ・ 食肉製品 ・ 魚肉練り製品 ・ 弁当 ・ そうざい ・ 菓子 ・ カキ ・ その他		

検査日	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
保存日数										
No.										
No.										

検査項目	件数	金額
細菌数		
大腸菌群		
E．Coli		
黄色ブドウ球菌		
休日割増手数料		

検査手数料		
保存料金		
消費税		
合計		
収入担当者		
領収書No.		
後納	支払予定日	
	請求書No.	

備考		受付者	

2024.7

一般財団法人　宮城県公衆衛生協会
〒981-3111　仙台市泉区松森字堤下7番地の1　　TEL　０２２－７７１－４７２２　FAX　０２２－７７６－８８３５