

食品保存検査 依頼書

FD

受付日 年 月 日

発送日	年 月 日	郵送の場合は冷凍便の午前着での発送をお願いします。	
貴社名	株式会社 xxxxxxxxxxxx	施設名	xxxxx 店
所属		ご担当者	衛生 太郎
ご住所	〒 464 - 0850 愛知県名古屋市千種区今池5-18-11		
TEL	052 - 731 - 5012	FAX	052 - 731 - 5770
E-mail	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		

注意事項	1 検体名は報告書へそのまま記載されます。												
	2 検体には依頼書と同じ番号を記入してください。												
検査目的	☒ 提出用 ☐ 自主検査 ☐ その他 ()												
持込・郵送	☒ 持ち込み ☐ 郵送 (冷凍便)												
製造日時	2026 年 8 月 1 日 6 時 00 分						安全係数	☒ 0.7 ☐ 0.8					
検体名	ABC弁当												
	保存温度・保存期間					一般生菌数	大腸菌群数	黄色ブドウ球菌	E.coli	セレウス菌	サルモネラ属菌	腸炎ビブリオ	
1	初発	25	℃	1	時間 or 日	○	○	○	○				
2		25	℃	1	時間 or 日	○	○	○	○				
3		25	℃	1	時間 or 日	○	○	○	○				
4			℃		時間 or 日								
5			℃		時間 or 日								
6			℃		時間 or 日								
7			℃		時間 or 日								
8			℃		時間 or 日								
9			℃		時間 or 日								
10			℃		時間 or 日								
総検体数	1 件		金額 (税込)		弊社記入欄 円								
成績書の受取方法	☒ 郵送		☐ 来社 (月 日)		結果		☐ お急ぎ						
お支払方法	☒ 請求書		☐ 現金										

検体送付先	(株) 名古屋衛生細菌技術センター 〒464-0850 愛知県名古屋市千種区今池5-18-11	Ver 1.0
-------	--	---------