

(食品検査用)

# 食品検査依頼書

郡山市保健所長

次のとおり試験検査を依頼します。

受付番号	
手数料	
受付担当者	

※太枠内について記入してください。

依頼日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
依頼者名 (事業所名)	ふりがな かぶしきがいしゃ〇×しょくひん 株式会社〇×食品		依頼者が個人の場合は「氏名」、 個人以外の場合は「事業所名」 をご記入ください。
成績書 郵送先	住所	〒 963-〇〇〇〇 郡山市△△-〇〇	
	宛名 (依頼者と異なる 場合に記入)	ふりがな こおりやま〇×しょくひんかこうじょう 郡山〇×食品加工場	
連絡先担当者名	ふりがな 〇×いちろう 製造部 〇〇 一郎	連絡先 電話番号	(024) 〇〇〇 - 〇〇〇〇
成績書受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来所	→ 月 日 16時以降	(あらかじめ電話確認の上、 検査依頼書の控えをお持ちください。)

番号	1	2
検体名	〇〇〇〇	
検体区分	冷凍食品(加熱後摂取)	規格基準や衛生規範等に該当する場合、正確にご記入をお願いします。規格等がない場合、当所の標準作業書に沿って検査を実施します。 例) 食肉製品、魚肉ねり製品、乳製品、氷菓、弁当、そうざい、生めん、洋生菓子等
検体量	300g	
採取年月日	〇〇年□□月△△日	
採取場所	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者施設 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 依頼者施設 <input type="checkbox"/> その他( )
検査項目	<input checked="" type="checkbox"/> 細菌数 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌 O157 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> その他( )
備考	検査成績書への製造年月日、製造場所の記載、 検査部位の指定等、特記事項がある場合ご記入 ください。	
細菌・理化学番号		

郡山市保健所検査課 電話番号:024-924-2176

検査受付日等の情報を郡山市公式ウェブサイトからも確認できます→

