



# 食品検査依頼書

FAX:0155-66-6880

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

依頼者名	ID. _____	部署名	部	課
		担当者名		
住所	〒	電話:	FAX:	
		Email		

受付NO	試験試料名 (成績書記載事項)	提出数	試験項目
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

項目一覧	1.一般生菌数 2.大腸菌群 3.大腸菌 4.黄色ブドウ球菌 5.サルモネラ 6.O-157 7.リステリア 8.キャンピロバクター 9.拭取り検査 10.官能試験
------	---

備考: 製造年月日、LotNoなど報告書記載希望内容も明記下さい。

株式会社 帯広臨床検査センター  
 動物環境検査事業部 食品課  
 帯広市東2条南17丁目7番地  
 TEL(0155)66-6868 FAX(0155)66-6880

受付日	年	月	日	受領者	※受領時温度
					1.常温
計 件					2.冷蔵
					3.冷凍