

# 食品検査依頼書

一般社団法人 広島市食品衛生協会  
食品検査センター所長 様

受付年月日 年 月 日  
受付番号 No. ~ No.

下記検体の検査をお願いします。

成績書記載事項	住所・連絡先
依頼者名	
	(TEL) (FAX)
請求先・住所(成績書と同じ場合は省略)	住所・連絡先
依頼者名	
	(TEL) (FAX)
成績書受領方法	郵送・窓口・電話要・FAX要・至急 (成績書必要枚数 部)
支払方法	<input type="checkbox"/> 請求 <input type="checkbox"/> 前納 <input type="checkbox"/> 後納

検体名	検体内容

通常検査					
検査項目	一般生菌数	水分活性			その他
	大腸菌群	酵母(/g)			
	E.coli	カビ(/g)			
	黄色ブドウ球菌	無菌検査			
	サルモネラ属菌	セレウス菌			
	腸炎ビブリオ	乳酸菌			
	腸管出血性大腸菌O157	低温細菌			
	カンピロバクター	耐熱性芽胞菌			
	ウエルシュ菌				

保存試験		
	消費期限(5日以内)	賞味期限(味覚的に美味しく食べられる期間)
目的	自主検査(成績書の提出の必要がない場合) <input type="checkbox"/> 自社で開封後の検証 <input type="checkbox"/> 自社で未開封の検証	自主検査(成績書の提出の必要がない場合) <input type="checkbox"/> 自社で開封後の検証 <input type="checkbox"/> 自社で未開封の検証
	依頼検査(成績書の提出の必要がある場合) <input type="checkbox"/> ラベル作成のため(保健所への届出を伴う) <input type="checkbox"/> 納品先の依頼で開封後の検証 <input type="checkbox"/> 納品先の依頼で未開封の検証	依頼検査(成績書の提出の必要がある場合) <input type="checkbox"/> ラベル作成のため(保健所への提出を伴う) <input type="checkbox"/> 納品先の依頼で開封後の検証 <input type="checkbox"/> 納品先の依頼で未開封の検証
	温度	25℃(常温)・30℃(惣菜)・15℃(コンビニチルド商品)・10℃(スーパーチルド商品)・2℃(ケーキのショーケース) 5℃(冷蔵庫保存)・依頼者の指定温度( °C)
	保存期間	

食品衛生



自主検査

一般社団法人 広島市食品衛生協会 食品検査センター  
(広島市保健所登録 第36811号)

〒730-0043 広島市中区富士見町11番27号

TEL (082)542-8838

FAX (082)249-2466