


食品【保存】検査依頼書

受付No.	
-------	--

この依頼書をFAXした後、
検体に添付してお送り
ください。

 FAX No.
052-411-5177

検体 送付先	有限会社 森山環境科学研究所 〒453-0066 愛知県名古屋市中村区稲上町3-87 TEL: 052-411-2386 FAX: 052-411-5177						
検体到着 予定日	20	15	年	12	月	14	日

■ 貴社情報をご記入ください。

貴社名(ご請求先・報告書送付先)			事業所名・店舗名等			
株式会社モアウェル食品						
部署名		役職名		ご担当者名		
開発部		統括マネージャー		森山 太郎 様		
ご住所	〒	453-0066	愛知県名古屋市中村区稲上町3-87			
TEL	052-411-2386		FAX	052-411-5177		
	E-mail	xxx@morewell.co.jp				

■ 報告書についてご記入ください。

報告書の宛名(ご依頼社と異なる場合ご記入)	速報FAX	発行形式	部数
	<input type="radio"/> 必要	<input type="radio"/> 全検体一括	検体別 1 部 ※複数必要の場合

■ 検体の送り方に○を付けてください。

送付方法	<input type="checkbox"/> 宅配便	<input checked="" type="checkbox"/> 持込み
輸送温度	<input checked="" type="checkbox"/> 冷蔵	<input type="checkbox"/> 冷凍

初回のお客様で速報をご希望される場合は、料金前払いをお願いいたします。

■ 検査目的に○を付けてください。

<input type="checkbox"/> 自主検査用	<input type="checkbox"/> その他
<input checked="" type="checkbox"/> 外部提出用	()
<input type="checkbox"/> クレーム品用	

■ お送りいただく検体情報をご記入の上、検査項目に○を付けてください。

※1回の検査に必要な検体量は100gです。

検体名 (※ご記入の通りに報告書に記載します)	検査する項目										検査料金 (※弊社記入欄)
	一般細菌数	大腸菌群	大腸菌 (E.coli (糞便系大腸菌群))	黄色ブドウ球菌	サルモネラ属菌	腸炎ビブリオ	0157	腸管出血性大腸菌	その他		
1 なすのピリ辛煮 備考・試験方法等の注意事項 製造日:2015年12月14日											
保存温度 10 °C											
① 初発 時間後 日後	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>							
② 時間後 4 日後	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>							
③ 時間後 6 日後	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>							
④ 時間後 日後											
2 備考・試験方法等の注意事項											
保存温度 °C											
① 初発 時間後 日後											
② 時間後 日後											
③ 時間後 日後											
④ 時間後 日後											

ロット番号、製造日、期限日等、報告書に記載したい記述がある場合はご記入ください。

備考欄	
-----	--