

細菌検査依頼書

令和 年 月 日

兵庫県学校給食・食育支援センター 様

所 属 _____	公印
所属長名 _____	
〒 _____	
住 所 _____	
TEL _____	
FAX _____	
E-mail _____	
担当者名 _____	

下記のとおり検査を依頼します。

検査の目的	1 食品の衛生状態を知るため 2 その他 (_____)				
報告書の 使用目的	1 市町教委へ報告 2 学校長へ報告 3 その他 (_____)				
検体名					
製造元					
当センター物資 の場合○を記入					
製造年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
賞味期限等	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
採取年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
保存状態 (該当に○)	冷凍・冷蔵・常温	冷凍・冷蔵・常温	冷凍・冷蔵・常温	冷凍・冷蔵・常温	冷凍・冷蔵・常温
検体の受渡方法	1 持ち込み (持込予定日) _____ 月 _____ 日				
	2 宅配便 (到着予定日) _____ 月 _____ 日				
	3 引き取り (引取希望日) _____ 月 _____ 日				
その他連絡事項					

当センター記入欄	引取予定日 _____ 月 _____ 日	受付確認印	
----------	-----------------------	-------	--

【注意事項】

- 1 当センターは公的検査機関ではありませんので、その旨ご了承ください。
- 2 1度のご依頼で5検体までとします。
- 3 検査項目は、一般生菌数、大腸菌群、大腸菌です。
- 4 検体の包装・容器には、個別に検体名等を記入し、依頼書に記載された検体が判別できるようにしてください。
- 5 検体の受渡方法で、「3 引き取り」を希望される場合、引取希望日の前日午後3時までにご連絡願います。
ただし、配送便がある場合に限りです。