

# 細菌検査依頼書

(株)中央すりみ研究所 御中

検体名

依頼日	年 月 日
サンプル着日	年 月 日

※結果の希望期限がございましたら  
別途ご連絡ください。

依頼者	
住所	TEL: FAX:
会社名	
部署名	
担当者	
成績書宛名(上記と異なる場合のみ記入)	

依頼目的: (該当番号に○印)	
1. 製品の検査	4. クレーム事故処理
2. 保存性の検査	5. その他( )
3. 外部に対する証明	

検査項目: (該当番号に○印)	
1. 細菌検査	2. その他の検査

試料名(ブランド、魚種、等級等)	試料数	検査項目	備考
		<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> E. coli(大腸菌) <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ	<input type="checkbox"/> サルモネラ菌 <input type="checkbox"/> リステリア菌 <input type="checkbox"/> 耐熱性菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌O-157
		<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> E. coli(大腸菌) <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ	<input type="checkbox"/> サルモネラ菌 <input type="checkbox"/> リステリア菌 <input type="checkbox"/> 耐熱性菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌O-157
		<input type="checkbox"/> その他の検査(塩分等、検査内容を記入してください)	

(検査品が複数で個々の検査項目が異なる場合は、項目を検査品(試料名)別に指示してください。)

上記試料について
1. 凍結食品 2. チルド食品 3. 常温流通食品 4. フローズンチルド
※喫食方法~(生食用・加熱用)
原産国名( ) 工場名( )

受付月日	受付印