　収入証紙貼付欄（枚数が多い場合は別紙に貼付してください。）

**食品等試験（検査）依頼書**

令和 年 月 日

　　北海道北見保健所長　様

依頼者 （〒 　　 -　 　　　）

住所

氏名

担当者

（連絡先電話 - 　 - ）

　　北海道保健所条例施行規則別表による次の試験（検査）を依頼します。

**試験（検査）種別**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査種別 | | | 検査項目 | 単価 | 件数 | 金額 |
| 食品及び添加物 | 細  菌 | 細菌数試験 |  | 4,900円 |  | 円 |
| 大腸菌（群）試験 | □大腸菌　□大腸菌群 | 4,900円 |  | 円 |
| その他の細菌試験 | □黄色ブドウ球菌 | 7,350円 |  | 円 |
| □サルモネラ属菌 |
| □腸管出血性大腸菌 |
| 依頼項目に○印：O157 O26  O111 O103 O121 O145 |
| その他（ 　　） |
| 理化学 | 添加物試験 |  | 11,700円 |  | 円 |
| 加算額 |  | 4,600円 |  | 円 |
|  |  | 円 |  | 円 |
|  |  | 円 |  | 円 |
| 水 | 一般細菌試験 | |  | 1,400円 |  | 円 |
| 大腸菌群試験 | |  | 2,800円 |  | 円 |
| その他の  試験 | |  |  | 円 |  | 円 |
|  |  | 円 |  | 円 |
| 合計 | | | | |  | 円 |

**依頼者記載欄**（検体数が2件以上ある場合は、別紙に記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ 検査試験品名 |  | | |
| ２ 製造数量 | □ 不明　　□ 数量（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ３ 内容量/数量 | ｇ　　　　　　　個 | | |
| ４ ロット番号  （製造又は  採水年月日） | 年　　　月　　　日（ □ 製造 ・ □ 採水 ） | | |
| ５ 賞味期限 | 年　　　月　　　日 | 消費期限 | 年　　　月　　　日 |
| ６ 製造所住所 | □ 依頼者住所と同じ　　□（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ７ 製造所名称 | □ 依頼者氏名と同じ　　□（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ８ 参考事項 | 搬入時の状態（□ 室温　□ 冷蔵　□ 冷凍） | | |

**受付保健所記載欄**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 受領年月日 | 令和 年 月 日 時 分 |
| 2 受領者氏名 |  |

**検査実施保健所記載欄**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 受領年月日 | 令和 年 月 日 時 分 |
| 2 検体番号 |  |
| 3 受領者氏名 |  |
| 4 検体の保管  （保管場所） | □ 直ちに検査　□ 室温　□ 冷蔵（　　　　）　□ 冷凍（　　　　） |
| 5 検体の(分割・移動) | □ 無 □ 有（ 　　　 ） 令和　　年　　月　　日 |

受領確認（　　　　年　　月　　日）検査区分責任者