|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＨＣ－５６－１ | 検査依頼書 | **食品** |

(一財)岩手県薬剤師会検査センター　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **＊必須項目** | 受付番号　　　　　　　（ ～ ） | 受付　 　　年 　月 　日 　時 　分　　　　　**※太枠内をご記入ください。** |
| ＊依頼者 | 名 称 | **TEL**　　　　　-　　　　　　-　　　 | **ＦＡＸ**　　　　-　　　　　-　　　 |
|  (担当者) |
| 〒 　　　－ 　　 |
| ＊結果書宛名 |  | **依頼者と同じ** |
| ＊支払者 | 名 称 | **TEL**　　　　－　　　　－ | **ＦＡＸ**　　　－　　　　－ | **依頼者と同じ** |
|  |
| 〒　　　－　　 |

殺菌方法

殺菌方法

殺菌方法

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | ＊検体名 |  | 検体の規格・種類 |  |
| ＊検査項目 |  | 殺菌・消毒 | 無・有 |
| □製造□採取 | 年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 | □消費□賞味 | 年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ② | ＊検体名 |  | 検体の規格・種類 |  |
| ＊検査項目 |  | 殺菌・消毒 | 無・有 |
| □製造□採取 | 年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 | □消費□賞味 | 年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ③ | ＊検体名 |  | 検体の規格・種類 |  |
| ＊検査項目 |  | 殺菌・消毒 | 無・有 |
| □製造□採取 | 年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 | □消費□賞味 | 年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ご依頼目的 | □自社品質管理　□公用・流通販売用　□栄養表示 □調査研究開発 □輸出入関係□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 備考 |  |
|  |
| 搬入方法 | □持込(持込者名　　　　　　　　　　)　　□宅配(　　　　　　　)　　　□郵送 |
| 連　絡 | □不要　□ＴＥＬ　□ＦＡＸ　□その他（　　　　　　） | 検体情報添付 | 有　　無 |

送付事務手数料 　　　　　　円＋税 未収・入金（ 　　　　　　　円） 受付者

2023.4.10