

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

年 月 日

北海道釧路保健所長 様
(北海道釧路総合振興局保健環境部長)

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。
記

1 試験（検査）種別

検査種別	検査項目	単価	件数	金額
食品・添加物	細菌数試験	4,900円		円
	大腸菌（群）試験 <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌群	4,900円		円
	その他の細菌試験	7,350円		円
	添加物試験	11,700円		円
	追加1項目	4,600円		円
	重金属試験	11,300円		円
	追加1項目	2,900円		円
	残留農薬試験	36,600円		円
	追加1項目	13,400円		円
	その他の理化学試験	10,600円		円
追加1項目	3,400円		円	
その他		円		円
合 計				円

依頼検体記録

※ 検体数が2件以上ある場合は、別紙に記入してください。

2 検査試験品名			
3 製造数量及びロット	<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 不明		
4 採取年月日	年 月 日		
5 内容量/数量	g 個		
6 製造年月日	年 月 日		
7 賞味・消費期限	年 月 日		
8 製造所所在地	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ()		
9 製造者氏名	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> ()		
10 参考事項	搬入時の状態: 外観 (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常有り) 温度 (<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍) 持込者氏名: <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> () 表示事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
11 受領年月日	年 月 日	午前・午後	時 分
12 検体番号			
13 受領者氏名			
14 検体の保管	直ちに検査・室温・冷蔵 () ・冷凍 ()		
15 検体の分割	無・有 (生物 理化学 その他) 月 日 受領者		
16 検体の移動	無・有 (生物 理化学 その他) 月 日 受領者		

適正に受領されていることを認める。(年 月 日) 検査区分責任者

※ 記載にあたっての注意事項

- (1) 1~10は、依頼者が記載する。
- (2) 1~10は、検体の採取の記録に代えることができる。
- (3) 11~16は、検査する検査機関で記載する。
- (4) 11~13は、検体の受領の記録に代えることができる。
- (5) 14~16は、検体の管理の記録に代えることができる。

試 験 品 内 容

1 検査項目					
2 検査試験品名					
3 製造数量およびロット	<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 不明
4 採取年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
5 内容量/数量					
6 製造年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
7 賞味・消費期限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
8 製造所所在地	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ()
9 製造者氏名	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> ()
10 参考事項					
11 受領年月日	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :
12 検体番号					
13 受領者氏名					
14 検体の保管					
15 検体の分割	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)
16 検体の移動	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)	(/ /)

適正に受領されていることを認める。(年 月 日) 検査区分責任者

※ 記載にあたっての注意事項

- (1) 1～10は、依頼者が記載する。
- (2) 1～10は、検体の採取の記録に代えることができる。
- (3) 11～16は、検査する検査機関で記載する。
- (4) 11～13は、検体の受領の記録に代えることができる。
- (5) 14～16は、検体の管理の記録に代えることができる。