



【発送版】 - 保存検査依頼書 -

運用開始日 2018/8/20

※太枠に囲まれたところのみ、ご記入ください。

得意先コード

①会社名	●●株式会社	②店舗名	●●支店	③担当者様	●●様
④住所	〒 123-4567 大阪市●●区●● 1-2-3			⑤TEL	1234-56-7890

⑥商品名	⑦商品の製造年月日	⑧商品の発送日	⑨商品の持込み日
ショートケーキ	20 16 / 9 / 6	20 16 / 9 / 6	/ /

⑩保存温度	<input type="checkbox"/> -18℃	<input checked="" type="checkbox"/> 4℃	<input type="checkbox"/> 10℃	<input type="checkbox"/> 20℃	<input type="checkbox"/> 25℃	<input type="checkbox"/> 30℃
-------	-------------------------------	--	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

①開始日	製造日を保存開始日とする。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	検査条件や 連絡事項等	4℃保管で検査品到着日に検査・ 製造日より3日後・5日後・7日後検査 の計4回検査(製造日9/6PM12:00)
	当社が受領した日を保存開始日とする。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

報告書のFAX送信を希望する。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	FAX	1234-56-0987
-----------------	---	-----	--------------

※回収日もしくは持込み日の当日検査の場合は、初発に丸で囲んで下さい。保存期間は、日または時間のどちらかを必ず丸で囲んで下さい。

受付番号	Step	保存期間	検査項目
シール貼付	Step①	初発(商品到着日)	<input checked="" type="checkbox"/> 一般生菌数 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ
		日後	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
シール貼付	Step②	3 日後	<input checked="" type="checkbox"/> 一般生菌数 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ
		時間後	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
シール貼付	Step③	5 日後	<input checked="" type="checkbox"/> 一般生菌数 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ
		時間後	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
シール貼付	Step④	7 日後	<input checked="" type="checkbox"/> 一般生菌数 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input checked="" type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ
		時間後	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
シール貼付	Step⑤	日後	<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> サルモネラ
		時間後	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()

FAX: 06-6939-2350

※検査をご依頼される場合は、必ず事前に保存検査依頼書FAXにてお送り下さい。

- ①検査品を発送される際は、必ず保存検査依頼書を封して発送して下さい。
- ②検査品は、検査回数分の商品をご用意下さい。
- ③1回の検査に必要な量は、最低50g必要になります。
- ④検査品保管料は、保管期間により発生する場合があります。
- ⑤報告書発行後の内容変更は出来ません。
- ⑥検査品の送料は、ご負担下さい。

- 検査品の発送先 -
登録衛生検査所 株式会社 中央微生物検査所
大阪市城東区関目5-22-23
TEL:06-6939-1044

入力担当	受付担当	最終確認担当
印	印	印