

食品検査依頼書

コードNo. _____

依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

依頼者名（請求先）： _____



社団法人 京都微生物研究所

依頼者名変更： _____

本部 京都市山科区川田御出町3-4
TEL (075) 593-3320 FAX (075) 593-9394
福知山支所 福知山市東羽合町43番地
TEL (0773) 23-7311 FAX (0773) 23-7313

〒 _____

依頼者住所： _____

電話： _____ FAX： _____ 担当者： _____ 記入者： _____

検査目的： 栄養表示 品質管理 クレーム処理 流通販売 その他 (_____)

試料種類： 冷凍食品 清涼飲料水 乳製品 食肉製品 農産物 器具・容器包装 その他 (_____)

受付番号	試料名	製造日	検査項目

備考（試験方法・試験部位等についての希望事項等）

その他依頼事項

TEL.

1) 成績書の部数 _____ 部(記入なしは1部) 2) 報告方法： 郵送 窓口渡し [要 不要]

3) 返却品： 無 有 (試料返却 容器返却) 返却方法： 窓口返却 郵送返却(着払)

4) 指定検査方法等(含定量下限値)： 無 有(別紙 有 無) _____

5) 希望納期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 6) 請求方法： 20日締め 月末締め 随時

備考

内部使用欄

搬入方法： 持ち込み 宅配 クール宅配 郵送 当所回収 当所採取

試料確認： 検査に _____ 適 _____ 不適 _____ (_____)

試料量確認： _____ (kg)

依頼内容承認	受付	受入検査	受付入力	料 金	料金確認	入金(済)

空欄で結構です

食品検査依頼書

コードNo. _____

依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

依頼者名（請求先）： **〇〇株式会社**

依頼者名変更： **株式会社 〇〇**

〒 **000-0000**

依頼者住所： **〇〇府〇〇市××町**

電話： **000-000-0000**

FAX： **000-000-0000**

担当者： **△△**

記入者： **××**



社団法人 **京都微生物研究所**

本部

京都市山科区川田御出町3-4
TEL (075) 593-3320 FAX (075) 593-9394

福知山支所

福知山市東羽合町43番地
TEL (0773) 23-7311 FAX (0773) 23-7313

成績書に記載する社名が依頼して頂いた社名と異なる場合、ご記入下さい

検査目的・試料種類はわからなければ空欄でも結構です

検査目的： 栄養表示 品質管理 クレーム処理 流通販売 その他

試料種類： 冷凍食品 清涼飲料水 乳製品 食肉製品 農産物 器具・容器包装 その他 ()

受付番号	試料名	製造日	検査項目
	微研せんべい	平成×年×月×日	一般細菌数 大腸菌群
	成績書に記載される試料の名称になります	項目名をご記入ください	

備考（試験方法・試験部位等についての希望事項等）

※日持検査のご依頼の場合、検査日（日曜祝日除く）と保存温度（5℃ 10℃ 20℃ 25℃ 35℃ より選択）をご記入下さい

その他依頼事項に該当するものについては、チェックをお願いします

その他依頼事項

- 1) 成績書の部数： 1 部（記入なしは1部） 2) 報告方法： 郵送 窓口渡し TEL. 要・不要
- 3) 返却品： 無 有（ 試料返却 容器返却） 返却方法： 窓口返却 郵送返却（着払い）
- 4) 指定検査方法等（含定量下限値）： 無 有（別紙 有、 無）
- 5) 希望納期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 6) 請求方法： _____

備考

他に条件・ご要望がございましたらご記入下さい

内部使用欄

搬入方法： 持ち込み 宅配 クール宅配 郵送 当所回収 当所採取

試料確認： 検査に 適 ・ 不適 ()

試料量確認： _____ (kg)

依頼内容承認	受付	受入検査	受付入力	料 金	料金確認	入金（済）