

# FARL《ファール》検査依頼書 (食品:微生物学的検査【保存試験】)

(hozons-skk)

<代理店 FARL [ファール:株式会社アレルギー食品検査センター]>

※必ずお願いします

検査依頼書

➡ FAX; 027-289-3802 もしくは [farl@allergyfood-anshin.com](mailto:farl@allergyfood-anshin.com)

印刷の上、検体に同封して下さい 送付先: (株)アレルギー食品検査センター 〒379-2116 群馬県前橋市今井町514-7 TEL.027-289-3800

※注意事項を充分にご確認の上、太枠内について、ご記入および該当する□全てをチェックして下さい。

報告予定日	平成 年 月 日 ( 曜日)頃を予定	※検査期間は通常最終検査時から約2週間です	
報告書の発行は1部です。2部以上希望される場合は、別途1部当たり1,500円かかります。		受付完了・納期の連絡を	
報告方法	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> e-mail <input checked="" type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 希望しない	受領印
保存条件	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 暗所	<input type="checkbox"/> 希望する	
検体送付日	平成 年 月 日 ( 曜日) 時頃	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> e-mail	
事業者名 または 個人名	フリガナ)	TEL	
		FAX	
		e-mail	
ご住所	フリガナ)		
	〒		
ご担当者	フリガナ)	その他、ご報告・ご請求に関する要望など	
	部署・ 役職	様	
報告書の 宛名	フリガナ)		
	※ご依頼者と異なる場合にご記入下さい		

## 検体および検査内容

名称 ※報告書に 記載します		種別	<input type="checkbox"/> 惣菜・調理加工食品 <input type="checkbox"/> 菓子類 <input type="checkbox"/> 農産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 畜産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 水産物・その加工品 <input type="checkbox"/> 調味料・香辛料 <input type="checkbox"/> その他( )
回収・採材	平成 年 月 日 ( 時)	主な 原料	
検査部位	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定( )		
保存温度	<input type="checkbox"/> 0℃ <input type="checkbox"/> 10℃ <input type="checkbox"/> 37℃ <input type="checkbox"/> その他( °C) <input type="checkbox"/> 5℃ <input type="checkbox"/> 25℃ <input type="checkbox"/> 45℃	※その他を希望の際は、事前にご連絡下さい	
保存期間 (検査日)	<input type="checkbox"/> 0日(検体受領日) <input type="checkbox"/> 4日経過後 <input type="checkbox"/> 8日経過後 <input type="checkbox"/> 12日経過後 <input type="checkbox"/> 1日(24時間)経過後 <input type="checkbox"/> 5日経過後 <input type="checkbox"/> 9日経過後 <input type="checkbox"/> 13日経過後 <input type="checkbox"/> 2日経過後 <input type="checkbox"/> 6日経過後 <input type="checkbox"/> 10日経過後 <input type="checkbox"/> 14日経過後 <input type="checkbox"/> 3日経過後 <input type="checkbox"/> 7日経過後 <input type="checkbox"/> 11日経過後 <input type="checkbox"/> 15日経過後 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	※検査実施日の□を全てチェックして下さい。時間ごとの保存を希望される際はその他に詳細を記入して下さい ※検体は、最低でも検査実施数分の検体数が必要となります。さらに予備として数個追加した数を送付して下さい	
検査項目	<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 (陰・陽 判定) <input type="checkbox"/> E. coli (陰・陽 判定) <input type="checkbox"/> サルモネラ (陰・陽 判定) <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌数	<input type="checkbox"/> 大腸菌群数 <input type="checkbox"/> 真菌数(カビ) <input type="checkbox"/> 乳酸菌数 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( )	

※ 御不明な点がございましたら、お問い合わせください。

食品検査受託 FARL《ファール》 TEL:027-289-3801

【注意事項】 1.お申し込み後、本書を作成し検体に同封して送付して下さい(着日は土日祝を避けて下さい) / 2.至急の場合はお申し込み時にご相談下さい / 3.検体の返却は原則おこないません。必要な場合は特記事項欄に明記して下さい / 4.検査・分析方法は法令・文献等に基づく方法、または弊社の方法に依ります。指定される場合は、特記事項・要望事項欄に明記して下さい / 5.検体の種別等の情報は検査・分析に重要ですので、なるべく詳細にご記入願います。