

# 食 品 細 菌 検 査 依 頼 書

年 月 日

函館市長様

住 所 :

依頼者名 :  
(会社名)

電話番号 :

来所者氏名 :

次のとおり、食品細菌検査を依頼します。

検査項目および件数(依頼する項目に☑して、検査件数、金額および内訳を記入してください。)

| 検査項目      | 単価(円) | 件数 | 金額(円) | 内訳          |   |         |   |
|-----------|-------|----|-------|-------------|---|---------|---|
| □大腸菌群最確数  | 5,200 |    |       | (内訳) その他の細菌 |   |         |   |
| □大腸菌群数    | 3,500 |    |       | 黄色ブドウ球菌     | 件 | セレウス菌   | 件 |
| □腸管出血性大腸菌 | 5,200 |    |       | サルモネラ属菌     | 件 | エルシニア   | 件 |
| □一般生菌数    | 3,500 |    |       | 腸炎ビブリオ      | 件 | 芽胞数     | 件 |
| □その他の細菌   | 5,200 |    |       | E. coli     | 件 |         | 件 |
| □特殊なもの    | 5,500 |    |       | (内訳) 特殊なもの  |   |         |   |
|           |       |    |       | レトルト        | 件 | クロストリジア | 件 |
|           |       |    |       | ウェルシュ       | 件 |         | 件 |
|           |       |    |       | カンピロバクター    | 件 |         | 件 |
|           |       |    |       | リステリア       | 件 |         |   |
| 合計        |       |    |       |             |   |         |   |

検体名称(成績書に印字される名称となります。)

| 番号 | 名 称   | 備 考 |
|----|-------|-----|
| 1  | ..... |     |
| 2  | ..... |     |
| 3  | ..... |     |
| 4  | ..... |     |

検体名称(成績書に印字される名称となります。)

| 番号 | 名 称   | 備 考 |
|----|-------|-----|
| 5  | ..... |     |
| 6  | ..... |     |
| 7  | ..... |     |
| 8  | ..... |     |
| 9  | ..... |     |
| 10 | ..... |     |
| 11 | ..... |     |
| 12 | ..... |     |
| 13 | ..... |     |
| 14 | ..... |     |
| 15 | ..... |     |
| 16 | ..... |     |
| 17 | ..... |     |