

食品等試験依頼書

受付番号	G	K	H	
受付日	年 月 日			
受付者				

公益財団法人 北九州生活科学センター行

※太枠内は必ずご記入ください。成績書の訂正はできませんので記入事項は十分ご確認ください。

依頼者 (屋号)	(フリガナ)	TEL	-	-
		FAX	-	-
住所	(〒 -)			
ご担当者	様	連絡先	-	-

※手数料は初回に限り前納となっておりますのでよろしくお願い致します。

検体の名称	製造日 年 月 日	試験項目 (○をつけてください)												保存試験				
		生菌数	大腸菌群	黄色ブドウ球菌	大腸菌 (E.coli)	腸炎ビブリオ	サルモネラ	腸管出血性大腸菌 O157	カンピロバクター	セレウス菌	クロストリジウム属菌	乳酸菌数	E.Coli最確数	カビ・酵母	℃	日	時間	検査日
														□都度	□纏めて			
1																		/
2																		/
3																		/
4																		/
5																		/
6																		/
7																		/
8																		/
9																		/
10																		/

備考	検査手数料	¥
	報告方法	TEL ・ FAX ・ 郵送 ・ 来所
	検体搬送	冷蔵 ・ 冷凍 ・ 常温

区分	<input type="checkbox"/> 福岡市食品衛生協会会員 ・ 福岡県食品衛生協会会員 (<input type="checkbox"/> 糸島 <input type="checkbox"/> 筑紫 <input type="checkbox"/> 粕屋)	課長	担当
	<input type="checkbox"/> KLSC割引料金適用事業者 ・ <input type="checkbox"/> 一般		
公益財団法人 北九州生活科学センター 福岡事業所 〒812-0044 福岡市博多区千代1丁目2番4号 TEL:092-642-1001 FAX:092-642-1002			