# 食 品 検 査 依 頼 書

No.＿＿＿＿＿＿＿＿

**公益財団法人愛媛県総合保健協会**　御中

下記のとおり検査を依頼します。

受付日時：　　年　月　日　時　分
搬入者：依頼者・宅配・当協会　受付者：
搬入状態：常温・冷蔵・冷凍・(　　℃)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 依頼者名 | | 依頼担当者 | |
| | | 所属先 | |
| 依頼者住所 | 〒 | ＴＥＬ | －　－ |
| | | ＦＡＸ | －　－ |

検体名（製品名・商品名）・総重量（風袋込み）

| 検体数 | 検体 |
|---|---|

| 検査項目 | 詳　細 |
|---|---|
| 食品添加物 | ソルビン酸・安息香酸<br>その他（　　） |
| 細　菌 | 細菌数・大腸菌群・大腸菌(E.coli)・腸炎ビブリオ　(両方)<br>その他（　　） |
| その他 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 依頼目的 | 提出用証明書・輸入食品検査・品質管理・その他（　　） | | | |
| 成績書受領 | 方　法 | 郵送・手渡し | 事前連絡 | 要　異常値が出た場合（TEL・FAX ）・不要 |
| | 郵送先<br>あて名 | □ 依頼者に同じ　□ 下記のとおり<br>あて名　　住所 〒　－ | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 検査手数料 | 検査料 | 円 | その他の経費 | 円 |
| | 消費税 | 円 | 合計金額 | 円 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 備　考 | 報告書宛名： | 入　金 | 未・済み |
| | | 受付担当者 | |

＊ 今回の試験・検査にあたり、個人情報の取り扱いに同意しますか？ □同意します。 □同意しません。

公益財団法人
**愛媛県総合保健協会**
環　境　部
松山市味酒町一丁目 10 番地５
TEL 089-987-8206／FAX 089-987-8256