

検査依頼書【保管】（兼契約書）

ISO-K7-01-2 Rev.00

弊社受付日

弊社記号

| | | | |
|------------|---------------|-------------|------------------------------------|
| お客様名（工場名） | 株式会社 ABC 第一工場 | TEL | 0123-45-6789 |
| ご住所（結果報告先） | 〇〇県〇〇市123-45 | FAX | 0123-45-7890 |
| ご担当 | 〇山 〇子 様 | メールアドレス(任意) | goiraiarigatougozaimasu @zmail.com |

検査の条件（頻度・保存条件・項目・方法）が1つでも異なる場合は、新しい依頼書にご記入ください。

| | | |
|---------|------------------------|-------------|
| 依頼日(西暦) | 20XX 年 XX 月 XX 日 (月) | 1 枚目 / 1 枚中 |
|---------|------------------------|-------------|

| 検査試料名（試験報告書に表記されます） | 喫食方法 |
|--------------------------------|---|
| サンマの生姜煮 製造XX年XX月XX日 | 非加熱 <input checked="" type="radio"/> 加熱 |
| チョコレートクッキー | 非加熱 |
| 中華丼 製造日XX年XX月XX日 賞味期限XX年XX月XX日 | 非加熱 <input checked="" type="radio"/> 加熱 |
| 海苔煎餅 | 非加熱 <input checked="" type="radio"/> 加熱 |
| | 非加熱 加熱 |

〇で選択するか
どちらかを消してください

| | | | |
|----------|---------------|----------|---------|
| 検査頻度 | 1回目 到着日 | 6回目 1ヶ月後 | 保存温度 |
| (例) | 2回目 D+1(24h後) | 7回目 2ヶ月後 | 10.0 °C |
| 到着日 | 3回目 D+2(48h後) | | |
| 24h後 D+1 | 4回目 D+10 | | |
| 1ヶ月後 | 5回目 D+20 | | |

弊社の試験報告書は基本的に定量です。
・定量 10や100などの数値でのご報告です。
・定量 陽性・陰性でのご報告です。

| 検査項目 | 一般生菌数 | 大腸菌群 | 大腸菌 | 黄色ブドウ球菌 | サルモネラ | 腸炎ビブリオ | 真菌・酵母 |
|-------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|-------|
| 1回目 | <input type="radio"/> | 定量 <input type="radio"/> 定性 <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 2回目以降 | <input type="radio"/> | 定量 <input type="radio"/> 定性 <input type="radio"/> | | | | | |

| | |
|------|---|
| 検査方法 | ※当試験所は、ご指定がない限り『食品衛生検査指針 微生物編2018』に示された方法で試験を行います。 検査方法がお客様からご指定がある場合には、その他の方法をご選択ください。 <input type="checkbox"/> その他の方法（ご指定の方法を備考欄にご記入ください） |
|------|---|

備考欄(ご要望、注意事項などがございましたらご記入ください)
 ・検査結果に異常が出たら電話連絡をお願いします。
 ・検体により結果次第で検査の中止を希望します。

報告・ご請求についてご要望を教えてください。

| | |
|-----------|---|
| 担当様 速報 | <input type="checkbox"/> 必要（下記から報告方法をお選びください） <input checked="" type="checkbox"/> 不要（異常時のみ連絡） <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> TEL（上記以外） <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 原本送付 | <input type="checkbox"/> 訪問時 <input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> どちらでも可 |
| 請求方法 | <input type="checkbox"/> 全検査 終了後 <input checked="" type="checkbox"/> 検査都度 (1ヶ月後と2ヶ月後のタイミング希望) |

- ※ 当試験所では実施できない方法による検査等については、外部機関に委託させて頂く事があります。その場合には、事前にお客様への連絡をさせていただきます。
- ※ 当該依頼書（兼契約書）に記載のないご依頼事項に関して、当試験所は検査を行わず、また一切の責任を負いかねます。
- ※ 当契約により知り得たお客様に関するあらゆる情報について、当試験所は法律に基づく要求がない限り、それを漏洩しないことをお約束いたします。
- ※ お客様に関する情報を第三者に開示する必要がある場合、法律による規制がなければ、事前にお客様への連絡をいたします。

| | | | | | | | | | |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 弊社 記入 欄 | ① / | ② / | ③ / | ④ / | ⑤ / | ⑥ / | ⑦ / | ⑧ / | ⑨ / |
| | 速報 / |
| | # / | # / | # / | # / | # / | # / | # / | # / | # / |

有限会社ケイ・イー・アイ 成田検査室

〒286-0046 千葉県成田市飯仲45 食品関連棟 B棟2階 TEL 0476-23-5748 FAX 0476-23-5747

制定 2020年12月1日 宮野久美子

検査依頼書【保管】（兼契約書）

ISO-K7-01-2 Rev.00

弊社受付日 /

弊社記号

| | | | |
|------------|---|-------------|--|
| お客様名（工場名） | | TEL | |
| ご住所（結果報告先） | | FAX | |
| ご担当 | 様 | メールアドレス(任意) | |

検査の条件（頻度・保存条件・項目・方法）が1つでも異なる場合は、新しい依頼書にご記入ください。

| | | | | | | | |
|--------------------------------|---|------------|-----|---------|-------|--------|-------|
| 依頼日(西暦) | 年 月 日 () | 枚目 / 枚中 | | | | | |
| 検査試料名（試験報告書に表記されます） | | 喫食方法 | | | | | |
| | | 非加熱 加熱 | | | | | |
| | | 非加熱 加熱 | | | | | |
| | | 非加熱 加熱 | | | | | |
| | | 非加熱 加熱 | | | | | |
| | | 非加熱 加熱 | | | | | |
| 検査頻度 | 1回目 | 保存温度 °C | | | | | |
| (例) | 2回目 | | | | | | |
| 到着日 | 3回目 | | | | | | |
| 24h後 D+1 | 4回目 | | | | | | |
| 1ヶ月後 | 5回目 | | | | | | |
| 検査項目 | 一般生菌数 | 大腸菌群 | 大腸菌 | 黄色ブドウ球菌 | サルモネラ | 腸炎ビブリオ | 真菌・酵母 |
| 1回目 | 定量 | 定性 | | | | | |
| 2回目以降 | 定量 | 定性 | | | | | |
| 検査方法 | ※当試験所は、ご指定がない限り『食品衛生検査指針 微生物編2018』に示された方法で試験を行います。 その他の方法をご希望のお客様は、下記ボックスにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> その他の方法（ご指定の方法を備考欄にご記入ください） | | | | | | |
| 備考欄(ご要望、注意事項などがございましたらご記入ください) | | | | | | | |

報告・ご請求についてご要望を教えてください。

| | |
|---|--|
| 担当様 速報 | <input type="checkbox"/> 必要（下記から報告方法をお選びください） <input type="checkbox"/> 不要（異常時のみ連絡） |
| <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> TEL（上記以外） <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他（） | |
| 原本送付 | <input type="checkbox"/> 訪問時 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> どちらでも可（） |
| 請求方法 | <input type="checkbox"/> 全検査 終了後 <input type="checkbox"/> 検査都度（） |

- ※ 当試験所では実施できない方法による検査等については、外部機関に委託させて頂く事があります。その場合には、事前にお客様への連絡をさせていただきます。
- ※ 当該依頼書（兼契約書）に記載のないご依頼事項に関して、当試験所は検査を行わず、また一切の責任を負いかねます。
- ※ 当契約により知り得たお客様に関するあらゆる情報について、当試験所は法律に基づく要求がない限り、それを漏洩しないことをお約束いたします。
- ※ お客様に関する情報を第三者に開示する必要がある場合、法律による規制がなければ、事前にお客様への連絡をいたします。

| | | | | | | | | | |
|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 弊社 記入 欄 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | ⑨ |
| | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 速報 |
| | # | # | # | # | # | # | # | # | # |
| | / | / | / | / | / | / | / | / | / |

有限会社ケイ・イー・アイ 成田検査室

〒286-0046 千葉県成田市飯仲45 食品関連棟 B棟2階 TEL 0476-23-5748 FAX 0476-23-5747

制定 2020年12月1日 宮野久美子