

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 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 加熱
海苔煎餅	非加熱 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	〇	定量 〇 定性	〇	〇	〇		
2回目以降	〇	定量 〇 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。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。
 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）
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 /	速報 /	速報 /	速報 /	速報 /	速報 /	速報 /	速報 /	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	速報	速報	速報	速報	速報	速報	速報	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