細　菌　検　査　依　頼　書

令和　　年　　月　　日

兵庫県学校給食・食育支援センター　様

所　　属

所属長名

〒

住　所

ＴＥＬ

ＦＡＸ

E-mail（結果報告用）

担当者名

下記のとおり検査を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 検査の目的 | １食品の衛生状態を知るため２その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 報告書の使用目的 | １市町教委へ報告　２学校長へ報告３その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 検体名 |  |  |  |  |  |
| 製造元 |  |  |  |  |  |
| 当センター物資の場合○を記入 |  |  |  |  |  |
| 製造年月日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 賞味期限等 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 採取年月日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 保存状態（該当に○） | 冷凍・冷蔵・常温 | 冷凍・冷蔵・常温 | 冷凍・冷蔵・常温 | 冷凍・冷蔵・常温 | 冷凍・冷蔵・常温 |
| 検体の受渡方法 | １持ち込み　（持込予定日）　　　月　　　日 |
| ２宅配便　　（到着予定日）　　　月　　　日 |
| ３引き取り　（引取希望日）　　　月　　　日 |
| その他連絡事項 |  |
|  |
| 当センター記入欄 | 引取予定日　　　月　　　日 | 受付確認印 |  |

【注意事項】

１　当センターは公的検査機関ではありませんので、その旨ご了承ください。

２　1度のご依頼で5検体までとします。

３　検査項目は、一般生菌数、大腸菌群、大腸菌です。

４　検体の包装・容器には、個別に検体名等を記入し、依頼書に記載された検体が判別できるようにしてください。

５　検体の受渡方法で、「3　引き取り」を希望される場合、引取希望日の前日午後3時までに連絡願います。

ただし、配送便がある場合に限ります。