

## 日持ち検査受付票

F A X 076-269-2391

一般財団法人石川県予防医学協会 行

受付番号	
受付年月日	年 月 日
検体到着予定日	2022 年 4 月 5 日

※ 下記注意事項をご確認の上、太枠内をご記入ください。

ご依頼者 (ご連絡先)	フリガナ: <u>イッパンザイダンホウジン</u> <u>イシカワケンヨボウイガクキョウカイ</u>
	名称: <b>一般財団法人 石川県予防医学協会</b>
	〒 <b>920-0365</b> 住所: <b>石川県金沢市神野町東115番地</b>
	連絡担当者 部署: <b>環境検査部</b> 氏名: <b>予防太郎</b> TEL: <b>076-269-2344</b> FAX: <b>076-269-2391</b>
【緊急連絡先】	TEL:
異なる場合のみ記入 上記ご依頼者様と	<input type="checkbox"/> 報告書 宛名 名称:
	<input type="checkbox"/> 請求書 住所:
	<input type="checkbox"/> 報告書 送付先 名称:
	<input type="checkbox"/> 請求書 住所:
<b>上記のご依頼者様と異なる場合のみご記入ください。</b>	
結果書書式	<b>全検体一括</b> ・ 検体別
結果のFAX	<b>不要</b> ・ 要 ※ メールでの速報は、受け付けておりません。
希望のみ記入	返却品 検体 ・ 容器
	返却方法 窓口 ・ 宅配便(着払い)
書類のお渡し方法	<b>郵送</b> ・ 窓口
<b>返却を希望される場合のみご記入ください。</b>	

検体名	結果書・記載事項(製造日・期限表示・ロット番号等の記載が必要な事項をご記入ください)	検査部位指定
<b>クッキー</b>	<b>製造日 2022.4.1、賞味期限 2022.7.31</b>	<b>無</b> 有 ( )
起算日時	<b>4 月 1 日</b> :	
保存温度	-20℃ 4℃ 10℃ 20℃ <b>25℃</b> 30℃ 35℃ その他	
検査日	検査項目(該当項目を○で囲むか、その他欄にご記入ください)	
1回目 <b>初発検査</b>	<b>生菌数</b> <b>大腸菌群</b> ・ 大腸菌 ・ <b>黄色ブドウ球菌</b> ・ 腸炎ビブリオ ・ セレウス菌 ・ 真菌(カビ・酵母) ・ 乳酸菌 ・ 好気性芽胞形成菌 ・ 嫌気性芽胞形成菌	腸管出血性大腸菌(O157)
2回目 <b>製造から1カ月後検査</b>	<b>生菌数</b> <b>大腸菌群</b> ・ 大腸菌 ・ 真菌(カビ・酵母) ・ 乳酸菌 ・ 好気性芽胞形成菌 ・ 嫌気性芽胞形成菌	腸管出血性大腸菌(O157)

その他のご要望等	<b>注意事項を必ずご確認ください。</b>
----------	------------------------

## 【注意事項】 必ずお読みください。

- ・ 結果書発行後は、依頼者名・請求先・検体名ともに変更できません。
- ・ 至急対応の場合、検査料金は5割増となります。
- ・ 検査方法は、指定の方法がない場合は各種規定に基づく方法、あるいは当協会の方法によります。
- ・ 結果書の再発行は発行後1年以内に限ります。再発行手数料を別途申し受けます。

問い合わせ先 / 送付先	一般財団法人 石川県予防医学協会 環境検査部 〒920-0365 金沢市神野町東115番地 TEL: 076-269-2344	担当者
--------------	--	-----