第　　号

食品細菌試験検査依頼書（経理控）

一般社団法人　高知県食品衛生協会　殿

下記の通り検査を依頼します。

年　　月　　日

住　　所	〒	成績書送付先	
屋号、氏名	担当者　　様	検査料請求先	
TEL	FAX		

製品名	重量(g)	製造年月日	消費(賞味)期限	検査項目									
				生菌数 大腸菌群	生菌数 糞便系大腸菌群	生菌数	大腸菌群	黄色ブドウ球菌	サルモネラ	腸炎ビブリオ	大腸菌O157		
検査手数料				2860×	2860×	1760×	1760×	3960×	3960×	3960×	5500×		

参考事項	検査手数料合計
□冷凍食品　□清涼飲料水　□食肉製品　□魚肉ねり製品　□その他（　　）	現金　・　振込
検査目的　社内データ　提出データ　クレーム　その他	持込時間（到着時間）　午前・午後　　時　　分　／　受付担当者

搬入方法	来社 宅配 その他	搬入状態	常温 冷蔵 冷凍	保管場所	常温 冷蔵 冷凍	処理方法	郵送・FAX TEL・来社 その他	請求方法	先に請求 成績書同時 月末締	※経理確認欄	請求済 領収済

領　収　書

年　　月　　日

殿

金　　円也

但し、食品検査手数料　　検体

上記金額を領収致しました。

〒780−0850　高知市丸ノ内2丁目4番11号
TEL　088-822−6263
FAX　088-822−6262
厚生労働大臣登録検査機関（食品衛生法・水道法）
高知県水質検査登録機関
高知市登録衛生検査所
一般社団法人 高知県食品衛生協会