

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							E.coli		
				生菌数 大腸菌群	生菌数	大腸菌群	黄色ブドウ 球 菌	サルモネラ 属 菌	腸 炎 ビブリオ	大腸菌 O157			
検 査 手 数 料				3300×	2200×	2200×	4400×	4400×	4400×	5500×	4400×		

参考事項

検査手数料合計

現金 ・ 振込

受付担当者

☐冷凍食品 ☐清涼飲料水 ☐食肉製品 ☐魚肉ねり製品 持込時間(到着時間) :

搬入 方法	来社・宅配 回収・協会	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	ステッカー ☐ 未 ☐ 済 ☐ 不要
----------	----------------	----------	----------------	----------	----------------	----------	-------------------------------	----------	----------------------	--

領 収 書

年 月 日

殿

金

円也

登録番号 T2-4900-0500-0597

10%対象 ￥

内 税 ￥

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