

食品細菌検査申込書 (※太枠の中に ご記入ください。) 0904

御社名	部署 1	部署 2
-----	------	------

検体番号	検体名	基本セットの内訳					一般生菌数	大腸菌群数	大腸菌	黄色ブドウ球菌	腸炎ビブリオ	サルモネラ	O-157	真菌
		基本セット	黄色ブドウ球菌 基本セット+	腸炎ビブリオ 基本セット+	サルモネラ 基本セット+	大腸菌								
1														
2														
3														
4														
5														

検査理由 (アドバイス実施時に使用いたします。)	<input type="checkbox"/> 安全確認 <input type="checkbox"/> 社内研究データ <input type="checkbox"/> 営業ツール <input type="checkbox"/> クレーム品 <input type="checkbox"/> クレーム予防対策 <input type="checkbox"/> 納入先へ提出 <input type="checkbox"/> 外注品、納入品の確認
--------------------------	---

報告書 FAX の希望	<input type="checkbox"/> 希望しない	報告書の発行形式	<input type="checkbox"/> 全検体一括 <input type="checkbox"/> 各検体別 <small>※記入が無い場合は各検体別に発行させていただきます。</small>
-------------	--------------------------------	----------	---

(備考) ご質問、連絡事項等がございましたらご記入ください。

検査品の送付方法	<input type="checkbox"/> お客様手配 (月 日 発送) ※下欄の記入不要・弊社休業日の到着はご遠慮ください <input type="checkbox"/> 下記の内容で食品微生物センター(弊社)が佐川急便を手配		
回収場所	会社名	部署名	
	住所	〒	
TEL	-	-	-
	FAX	-	-
	ご担当者フルネーム	様	
回収日時	月 日 ※弊社休業日の到着は、ご遠慮ください。 <input type="checkbox"/> 9-12時 <input type="checkbox"/> 11-13時 <input type="checkbox"/> 12-15時	輸送温度	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
申込前のコンサルティングTELの希望 (折り返し電話連絡を差し上げます。)	<input type="checkbox"/> 希望します		

お手順をお掛けいたしますが、社名、住所等の変更のない項目をご記入の上、この用紙をコピーしてご利用ください。

お申し込み時の注意点

- お申し込みの際には必ずこの申込書をFAXしてください。
- 1回の検査に必要な検体量は100gです。(乾燥食品、高級品はご相談ください。)
- 送料は弊社が負担いたします。(但し検査料金3,000円以上、佐川急便利用となります。)
- お願い：検体に合ったサイズの箱での送付に ご協力ください。

お問い合わせ先・送り先 (検査所) (株)食品微生物センター 〒250-0001 神奈川県小田原市扇町 3-26-15 フリーダイヤル 0120-409-929 TEL 0465-30-1730 FAX 0465-30-1731	
--	---

申込書フォームを書き換えてお申込をされますと間違えの原因になりますので書き換えはご遠慮いただきますようお願いいたします。

食品細菌検査申込書 (※太枠の中に ご記入ください。) 0904

御社名	見本食品 (株)	部署 1	第一工場	部署 2	
-----	----------	------	------	------	--

検体番号	報告書に記載する「社名」「部署名」をご記入ください 模体名	基本セットの内訳					一般牛	大腸菌	大腸菌	黄色ブ	腸炎ピ	サルモ	オーの	真菌
		一般生菌数	大腸菌群数	大腸菌	基本セット+	サルモネラ	基本セット+	基本セット+	基本セット+	基本セット+	基本セット+	基本セット+	基本セット+	
1	ねぎとろ Lot No.A-01				○									
2	玉子焼 ○月○日製造													
3	カニしゆまい					○			○					
4	かまぼこ (5/26 製造)				○									
5														

ここに、「ご記入いただいた検体名（食品名）」で報告書を作成させていただきます。

複数の検体(食品)をお申込の場合、検体の取り違い防止の為、検体(食品)に検体番号または検体名（食品名）をご記入ください。

検査理由 (アドバイス実施時に使用いたします。)	<input type="checkbox"/> 安全確認 <input type="checkbox"/> 社内研究データ <input type="checkbox"/> 営業ツール <input checked="" type="checkbox"/> クレーム品 <input type="checkbox"/> クレーム予防対策 <input type="checkbox"/> 納入先へ提出 <input type="checkbox"/> 外注品、納入品の確認
--------------------------	--

報告書 FAX の希望 <input type="checkbox"/> 希望しない	報告書の発行形式 <input type="checkbox"/> 全検体一括 <input checked="" type="checkbox"/> 各検体別
--	--

速報FAX (無料) が不要な方はチェックしてください。

全ての結果を一枚の報告書に記載する場合は、「全検体一括」にチェック。検体ごと (報告書 1 枚に 1 検体を記載) の発行を希望される方は「各検体別」にチェックしてください。

検査品の送付方法	<input type="checkbox"/> お客様手配 (月 日発送) ※下欄の記入不要・弊社休業日の到着はご遠慮ください <input checked="" type="checkbox"/> 下記の内容で食品微生物センター(弊社)が佐川急便を手配					
回収場所	会社名 見本食品 (株)	部署名 第一工場	品質管理室			
	住所	〒100-0003 東京都千代田区霞が関〇〇-〇〇-〇〇				
回収日時	TEL	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	ご担当者フルネーム	食品太郎 様
	〇月〇日 ※弊社休業日の到着は、ご遠慮ください。 <input type="checkbox"/> 9-12時 <input checked="" type="checkbox"/> 11-13時 <input type="checkbox"/> 12-15時			輸送温度 <input type="checkbox"/> 常温 <input checked="" type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍		
申込前のコンサルティングTELの希望 (折り返し電話連絡を差し上げます。)						<input checked="" type="checkbox"/> 希望します

お手数をお掛けいたしますが、社名、住所等の変更のない項目をご記入の上、この用紙をコピーしてご利用ください。

お申し込み時の注意点

お申し込みの際には必ずこの申込書をFAXしてください。

1回の検査に必要な検体量は100gです。(乾燥食品、高級品はご相談ください。)

送料は弊社が負担いたします。(但し検査料金3,000円以上、佐川急便利用となります。)

お願い：検体に合ったサイズの箱での送付にご協力ください。

お問い合わせ先・送り先 (検査所) (株)食品微生物センター 〒250-0001 神奈川県小田原市扇町3-26-15 フリーダイヤル 0120-409-929 TEL 0465-30-1730 FAX 0465-30-1731	
--	--

申込書フォームを書き換えてお申込をされますと間違えの原因になりますので書き換えはご遠慮いただきますようお願いいたします。

食品検査 ・ 消費(賞味)期限検査 お客様注意事項 (必ずご一読ください)

☆**食品細菌検査**は弊社に「検査する商品」(以下、「検体」)の衛生状態を検査するための検査です。

検体が到着した日に検査いたします。

☆**消費(賞味)期限検査**は、消費(賞味)期限を設定する検査です。弊社で検体を保管して検査いたします。

保管温度・保管開始日(製造日・弊社到着日から保管)をご記入ください。

検体は検査回数分をご用意ください。(実際の販売形態での検査をお勧めしています。)

☆ **検査に必要な検体量・日数**

検査日数	検査項目	検体量
1日間	大腸菌群・大腸菌	50g ※どの組み合わせでも検体量は50g必要です。
2日間	基本セット (※一般生菌数+大腸菌群+大腸菌の検査です。)	
	一般生菌数・黄色ブドウ球菌・セレウス・耐熱性菌数	
3日間	乳酸菌数	
5日間	真菌(カビ・酵母)	
10日間	低温細菌数	
2日間	腸炎ピブリオ・O-157	25g
3日間	サルモネラ・リステリア	25g
5営業日	カンピロバクター	別包装で50g

例：基本セット+黄色ブドウ球菌+真菌 →50g

基本セット+サルモネラ →75g

基本セット+黄色ブドウ球菌+腸炎ピブリオ →75g

基本セット+サルモネラ+腸炎ピブリオ →100g

基本セット+黄色ブドウ球菌+サルモネラ →75g

基本セット+カンピロバクター →50g+別包装50g

◎食中毒原因菌の検査で疑陽性(陽性と疑われるもの)が検出された場合は詳細な検査を行いますので、結果のご報告が記載している日数よりも遅れる場合がありますのであらかじめご了承ください。

☆ヨーグルトや味噌等の発酵食品を使用している商品は、乳酸菌や酵母などが一般生菌として検出されることがあります。発酵食品やそれらを使用している商品の検査をお申し込みの際は、基本セットと発酵に使用している菌の検査を実施することをお勧めいたします。

☆検体名に記載された名称がそのまま報告書に記載されます。報告書に製造日(日付)が必要な場合は検体名に記載してください。尚、報告書発行後の検体名の変更はできませんのでご了承ください。

☆報告書のFAXが不要な場合はFAX希望欄にチェックしてください。FAXを希望される場合は空欄でお願いいたします。

☆**報告書の発行形式について**

食品細菌検査

全検体一括 →1枚の報告書で発行いたします。(社内資料として管理する場合にお勧めです)

各検体別 →検体ごとに報告書を発行いたします。(ご提出用としてお勧めです)

消費(賞味)期限検査

全日数一括 →すべての検査が終わった段階での報告書を発行いたします。

(社内資料として管理する場合にお勧めです)

各日数別 →1回の検査が終わるごとに報告書を発行いたします。(ご提出用にお勧めです)

☆**検体の保管について**

弊社での保管期間は

常温で1年。冷蔵(4℃ 8℃ 10℃) 冷凍(-20℃)、18℃ 25℃ 30℃ 37℃で6か月です。

※期間を超える場合は別途ご相談ください。

・弊社での保管が必要で、一辺(縦・横・高さのいずれか)が20cmを超える検体は保管ができない可能性がありますので、送付前にご相談ください。

・検体の保管料はいただいておりません。正確に検査を行うために最低限基本セットでの検査を行ってください。

☆送料は弊社で負担いたします。(但し、検査料金3,000円以上の場合、佐川急便利用となります)

【お願い】

☆**発送時**

・破損しやすい検体は緩衝材などで保護や固定をしてください。

・検体のサイズに見合った箱での送付をお願いいたします。

・弊社休業日(土日祝日)の検体到着はご遠慮ください。

☆**お申し込み**・検査お申し込みの際には必ず申込書を **0465-30-1731** までFAXしてください。

・ご不明点や質問等がございましたら、**TEL0120-409-929**

または**TEL0465-30-1730**までお気軽にご相談ください。

*弊社は検査結果に限り責任を負うものであり、検査結果によって生じるトラブルまたは損害等に関して、弊社は一切の責任を負いかねます。