

# 食品細菌検査申込書



(太枠の中をご記入ください)

ネット申し込みが便利です。こちら →

2203

御社名	部署 1	部署 2
-----	------	------

検体番号	検体名	検査項目												左に記載のない検査項目は下欄にご記入ください。					
		基本セット + 一般細菌 + 大腸菌群 + 大腸菌	基本セット + 黄色ブドウ球菌	基本セット + サルモネラ菌	基本セット + 腸炎ヒブリオ	基本セット + サルモネラ菌 + 黄色ブドウ球菌	基本セット + 腸炎ヒブリオ + 黄色ブドウ球菌	一般細菌	大腸菌群	大腸菌	黄色ブドウ球菌	サルモネラ菌	腸炎ヒブリオ				乳酸菌数	真菌	
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 (自主検査) <input type="checkbox"/> 納入先へ提出 <input type="checkbox"/> クレーム品 <input type="checkbox"/> 外注品の確認 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------------------------	---

報告書 FAX の希望	<input type="checkbox"/> 希望しない	報告書の発行形式	「各検体別」で発行します。 ※「一括報告書」のご希望は、備考欄に記載してください。
-------------	--------------------------------	----------	--

(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：下記、① または ② のどちらか一方、ご記入ください。※弊社休業日の到着はご遠慮ください。

① お客様が宅配便を手配する ( 月 日発送) ※送料無料 (着払い利用) ヤマト運輸・佐川急便  
※こちらを選択された場合は下欄②↓の記入は不要です。

② 弊社が宅配便を手配する (下欄にご記入いただいた内容で弊社が宅配便を手配いたします)  
※こちらを選択された場合は上欄①↑の記入は不要です。

回収場所	会社名	部署名	
	住所	〒	
	TEL	ご担当者様	様
回収日時	月 日	<input type="checkbox"/> 9~12時 <input type="checkbox"/> 12~17時	輸送温度 <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍

お申し込み時の注意点 (お客様注意事項と併せてご確認ください)

・1回の検査に必要な検体量は100gです。(検体量が少ない場合はご相談ください。検査品・検査項目によっては検査可能な場合もございます)

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。

検査品送付先	〒250-0001 神奈川県小田原市扇町 3-26-15 食品微生物センター きんけん行	食品微生物センター KEEP YOUR FOODS SAFE
お問い合わせ	フリーダイヤル 0120-409-929 食品細菌検査担当者まで	

↑ **お申込は FAX で 0465-30-1731 まで** ↓

# 食品細菌検査申込書

(太枠の中をご記入ください)

ネット申し込みが便利

## 記入例

御社名	株式会社見本食品	部署	1 第一工場
-----	----------	----	--------

検体番号	検体名	検査項目											左に記載のない検査項目は下欄にご記入ください。					
		一般生菌 +大腸菌群 +大腸菌	基本セット	基本セット+黄色ブドウ球菌	基本セット+サルモネラ菌	基本セット+腸炎ヒブリオ	基本セット+サルモネラ菌+黄色ブドウ球菌	基本セット+腸炎ヒブリオ+黄色ブドウ球菌	一般生菌	大腸菌群	大腸菌	黄色ブドウ球菌		サルモネラ菌	腸炎ヒブリオ	乳酸菌数	真菌	酵母
1	ねぎとろ Lot No.A-01					○												
2	玉子焼 ○月○日製造																	
3	かまぼこ (5/26 製造)																	
4	キムチ		○											○		○		
5																		

記載のない項目は、こちらに記入してください。

ご記入いただいた検体名(食品名)で報告書を作成します。

検査理由(アドバイス実施時に使用いたします)	<input checked="" type="checkbox"/> 安全確認(自主検査) <input type="checkbox"/> 納入先へ提出 <input type="checkbox"/> クレーム品 <input type="checkbox"/> 外注品の確認 <input type="checkbox"/> その他( )
------------------------	---

報告書 FAX の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する	報告書の発行形式	「各検体別」で発行します。 ※「一括報告書」のご希望は、備考欄に記載してください。
-------------	---	----------	--

速報 FAX(無料)が不要な方はチェックしてください。

または ② のどちらか一方、ご記入ください。※弊社休業日の到着はご遠慮ください。

① ◀お客様が宅配便を手配する( ○月 ○日発送) ※送料 ※こちらを選択された場合は下欄②↓の記入は不要です。

お客様にて発送いただく場合は、こちらをお選びください。お急ぎの方におすすめです。

② ◀弊社が宅配便を手配する (下欄にご記入いただいた) ※こちらを選択された場合は上欄①中の記入は不要です。

弊社にて、宅配便を手配いたします。最短での回収は、翌営業日です。

回収場所	会社名		部署名	第
	住所	〒		
	TEL		ご担当	
回収日時	◀月▶▶日▶▶	□9~12時 □12~1	回収希望日は、お申し込みの翌営業日以降をご記入ください。	

お申し込み時の注意点 (お客様注意事項と併せてご確認ください)  
 ・1回の検査に必要な検体量は100gです。(検体量が少ない場合はご相談ください。検査品・検査項目によっては検査可能な場合もございます)  
 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。

検査品送付先	〒250-0001 神奈川県小田原市扇町 3-26-15 食品微生物センター きんけん行
お問い合わせ	フリーダイヤル 0120-409-929 食品細菌検査担当者まで



↑ FAX ↑ お申込は FAX で 0465-30-1731 まで ↑ FAX ↑

# 食品細菌検査 お客様注意事項（必ずご一読ください）

2203

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。

## 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・腸炎ビブリオ	100g ※どの組み合わせでも検体量は 100g 必要です。
2 日間	基本セット ※一般生菌+大腸菌群+大腸菌の検査	
	一般生菌・黄色ブドウ球菌・セレウス・O-157 好気性芽胞形成菌数（耐熱性菌）	
3 日間	乳酸菌数・サルモネラ菌・リステリア	
5 日間	真菌(カビ・酵母)	
10 日間	低温細菌数	
7~14 営業日	カンピロバクター	別包装で 50g
9 営業日	ノロウイルス（牡蠣・二枚貝）（一般食材）	牡蠣・二枚貝：300g、一般食材：100g

例：基本セット+黄色ブドウ球菌+サルモネラ →100g 基本セット+カンピロバクター →100g+別包装 50g

- ・カンピロバクターの検査は、弊社提携検査会社で行います。食品検査用とは別にご準備ください。
- ・ノロウイルス（牡蠣・二枚貝）は殻付きの場合、別途作業手数料が発生いたします。
- ・検体量が少ない場合はご相談ください。検査品・検査項目によっては検査可能な場合もございます。
- ・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、結果のご報告が所要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食品は、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併せて検査を実施することをお勧めいたします。
- ・検体名は申込書に記載された名称で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。報告書の速報FAXは検査結果発行日の夜 22 時前後に送信いたします。

## 報告書の発行形式

- ・各検体別（検体ごと）に報告書を発行いたします。「全検体一括」の希望は、申込書の備考欄に記載してください。
- ・報告書発行後の発行形式の変更はシステム上対応できませんのでご了承ください。
- ・報告書はすべての検査項目が 1 枚の報告書で発行されます。検査項目別に発行が必要な場合は別途ご相談ください。

## 検査料金の請求について

- ・月末締めで請求書を作成いたします。※料金の発生タイミングは報告書の発行日になります。
- ・月末締め請求書を翌月初旬に送付しますので、到着後月末までにお振込みください。

## 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（日祝日）の検体到着はご遠慮ください。
- ・送料は弊社で負担いたします。【送料無料】着払い利用（ヤマト運輸・佐川急便）検査料金 2,500 円以上の場合
- ・弊社での回収手配をご希望の場合、ヤマト運輸のドライバーがお伺いいたします。弊社営業日の 19 時以降のお申込みは翌営業日の受付とさせていただきます。

## お申し込み

- ・検査のお申し込みは、WEB または FAX : 0465-30-1731 にてお願いいたします。
- ・FAX 申し込みの場合、申込書を書き換えてお申し込みをされますと間違いの原因になります。書き換えは、ご遠慮ください。

\*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、一切の責任を負いかねます。

ご不明点や質問等は、TEL : 0120-409-929 **食品細菌検査担当者** までお気軽にご相談ください。

