

かき等試験検査依頼書

一般財団法人 広島県環境保健協会

受付年月日 年 月 日

※太線内は必ずご記入ください。成績書の訂正はできませんので、記入事項は十分ご確認ください。

受付 No. F

依頼者名 <small>*法人の場合はその名称</small>	#		結果連絡
	所在地 (作業場所) (加工場所)	〒	
		TEL () -	
		FAX () -	
成績書受領	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口	郵送宛先	保健所メール 有・無
支払方法	<input type="checkbox"/> 請求 <input type="checkbox"/> 前納	領収又は 請求宛先	
領収日・金額	年 月 日		円受領

*手数料は前納となっていますのでよろしくお願いします。

検査目的 ※該当するものに○を付けて下さい	作業開始届・生食用かき出荷届・生食用かき集荷届・自主検査・その他	業種	1類・2類
採水・むき身・加工年月日	年 月 日	検体数	
消費期限(必要な場合のみ記入)	年 月 日		

検査項目等 ※該当するものに○を付けて下さい。

むき身かき ⁽⁷¹⁾	種別	生食用・加熱用	かき使用水 ⁽⁷²⁾	種別	洗浄水・人工浄化水・共用
形態・包装 ※製品の場合、包装もご記入下さい。 ・原料 ・製品 (包装:トレー・ロケット・) (g) ・殻付き ・冷凍 検査項目 ・E.coli最確数 ・細菌数 ・腸炎ビブリオ最確数 ・塩分濃度 ・TTC反応 ・腸管出血性大腸菌		・ノロウイルス	検査項目 ・大腸菌群最確数 ・塩分濃度 ・溶存酸素飽和率 (塩分濃度と水温 _____ °Cが必要) ・COD (アルカリ性法) ・pH ・重金属 ・残留塩素 (mg/L) ・腸炎ビブリオ ・油分 ・腸管出血性大腸菌		
生産者名・採取海域・検体名等					

受理月日	受付者名	備考	整理者・月日
受付日に同じ			
月 日 :		宅配(冷蔵・冷凍・普通) 持ち込み・受取り	°C

本部：〒730-8631 広島市中区広瀬北町9-1 TEL(082)293-1511(代)・TEL(082)293-1517(直通)・FAX(082)234-0840
 支所：〒720-0092 福山市山手町5丁目32-26 TEL(084)952-0007・FAX(084)952-0009

本依頼書に記述された情報は、成績書、業務連絡、事業活動及び提供するサービス以外には使用しません。