

収入証紙ちょう付欄（枚数が多い場合は別紙にちょう付してください。）

食 品 等 試 験 （ 検 査 ） 依 頼 書

令和 年 月 日

北海道苫小牧保健所長 様

(〒 -)

依頼者 住所

氏名

担当者

(連絡先 ☎ - -)

北海道保健所条例施行規則別表による次の試験（検査）を依頼します。

記

1 試験（検査）種別

種 別		単 価	件数	金 額	試験（検査）項目	
食 品 ・ 添 加 物 試 験	細菌試験					
	一般細菌試験	4,900円		円		
	大腸菌(群)試験	4,900円		円	大腸菌・大腸菌群	
	その他の細菌試験	7,350円		円		
	理 学 試 験	添加物試験(1項目)	11,700円		円	
		2項目以降加算	4,600円		円	
		重金属等試験(1項目)	11,300円		円	
		2項目以降加算	2,900円		円	
		残留農薬試験(1項目)	36,600円		円	
		2項目以降加算	13,400円		円	
		その他の理化学試験(1項目)	10,600円		円	
		2項目以降加算	3,400円		円	
	そ の 他		円		円	
			円		円	
		円		円		
計				円		

2 試験（検査）品名

製造所所在地					
製造者名及び製造所名称					
品 名 (検体番号)	()	数量		製造年月日	年 月 日
		重量		消費・賞味期限	年 月 日

(注) 検体が2つ以上ある場合は、裏面に記載してください。

別紙 ※検体が複数ある場合はこちらに記載してください。

検 番 号	製 造 所 在 地	製 造 所 名 及 び 製 造 所 名 称	品 名	数 量	製 造 年 月 日		試 験 (検 査) 項 目	
					製造	消費期限等		
				個	年	月	日	
				g	年	月	日	
				個	年	月	日	
				g	年	月	日	
				個	年	月	日	
				g	年	月	日	
				個	年	月	日	
				g	年	月	日	

受付保健所（千歳・静内・浦河）記入欄

受 理 年 月 日	令 和	年	月	日	時	分	受 領 者 氏 名	搬 送 ま だ の 検 体 保 存 方 法	冷 蔵 室 温 冷 凍	搬 送 方 法	冷 蔵 室 温 冷 凍

苫小牧保健所記入欄

受 理 年 月 日	令 和	年	月	日	時	分	受 領 者 氏 名	検 体 の 保 存 方 法		冷 蔵 室 温 冷 凍	
外 観 の 異 常	無 し ・ 有 り ()	検 体 の 分 割	無 し ・ 有 り ()				検 査 区 分 責 任 者 令 和 年 月 日				
			無 し ・ 有 り ()								