

◆ご依頼者様情報

営業所名:

担当者名:

お客様CD:

会社名

部署名

所在地 〒

ご担当者名

様

TEL

FAX

E-mail

* 報告書送付先 (報告書の送付先がご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

会社名

所在地 〒

様宛

TEL

FAX

* 報告書宛名 (報告書に記載する宛名が、ご依頼者様名と異なる場合にご記入ください。)

◆検体情報及び依頼内容

受付日

検体NO.

検体名

(報告書に記載される検体名です。製造年月日やお客様の管理NO.なども含めてご記入ください。)

比較品検体名 (比較がある場合、報告書に反映されます。)

①

②

検査対象 (異物はどれか。検査した部分の詳細をご記入ください。)

例1. ジャガ芋に付着している、5cm程の茶色で細長いもの など

例2. 下記のように、絵で検査箇所を指定していただいても結構です



← この1cm程度の黒いもの など

・データに影響を与える場合がありますので、異物はセロテープ等で固定せず、シャーレ等の容器に入れるか、ラップに包んでご送付下さい。

異物混入状態 (何に混入していたか)

混入していた商品:

具材:

例1. 混入していた商品: ポテトサラダ
具材: ジャガ芋・人参・玉葱

例2. 混入していた商品: 豚肉 (生肉)
具材: 無し

検査項目 1

450000 異物鑑別

・異物鑑別は写真・コメントが付きます。

検査項目 2

450500 カビ判別検査

826200 細菌・真菌同定

・カビ判別検査には写真・コメントはなく、結果のみのご報告となります。
・カビ判別検査はカビであるかどうかのみ確認されたい場合にご依頼下さい。
・同定は主に属名までとなります。

◆連絡事項 (検査目的・その他情報があれば可能な限りお知らせください) ※報告書には記載されません。

Blank area for contact information.

検体受付 / / / 受付温度 ℃ 数量 検体量 g 入力者 印 確認者 印

注) 異物鑑別検査・カビ判別検査依頼書の項目は営業所端末からご依頼頂けません。

20100130

株式会社ファルコライフサイエンス 食品衛生環境営業部

〒606-8393 京都市左京区東竹屋町通川端東入東竹屋町63番地2 tel 075-771-9377 fax 075-771-7477