

収入証紙貼付欄（枚数が多い場合は別紙に貼付してください。）

## 食品等試験（検査）依頼書

令和 年 月 日

北海道倶知安保健所長 様

依頼者（〒 - ）

住所

氏名

担当者  
（連絡先電話 - - ）

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。

### 試験（検査）種別

検査種別	検査項目	単価	件数	金額	
食品・添加物	細菌数試験	4,900円		円	
	大腸菌（群）試験	<input type="checkbox"/> 大腸菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌群	4,900円		円
	その他の細菌試験		7,350円		円
	添加物試験		11,700円		円
	追加1項目		4,600円		円
	重金属試験		11,300円		円
	追加1項目		2,900円		円
	残留農薬試験		36,600円		円
	追加1項目		13,400円		円
	その他の理化学試験		10,600円		円
追加1項目		3,400円		円	
その他		円		円	
合計				円	

### ※ 依頼者記載欄

検査試験品名	
製造数量及びロット	製造数量（ ） ロット（ ）
内容量/数量	内容量（ ）g 数量（ ）個
製造年月日	令和 年 月 日
賞味期限(消費期限)	令和 年 月 日
製造所所在地	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> （ ）
製造者氏名	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> （ ）

### ※ 受付保健所担当者記載欄

受領年月日	令和 年 月 日	午前・午後	時 分
試験品の状態	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍		
受領者署名			
搬送先	<input type="checkbox"/> 岩内保健所 <input type="checkbox"/> 余市支所	から	倶知安保健所まで
搬送者	（ <input type="checkbox"/> 岩内保健所 <input type="checkbox"/> 余市支所 ）		

### ※ 倶知安保健所記載欄

受領年月日	令和 年 月 日	午前・午後	時 分
検体番号			
受領者署名			
検体の保管	直ちに検査・室温・冷蔵（ <input type="checkbox"/> 生物3-5-9 <input type="checkbox"/> 理化3-5-4）・冷凍（ <input type="checkbox"/> 理化3-5-6）		
検体の分割	無・有（生物 理化学 その他）	月 日	受領者
検体の移動	無・有（生物 理化学 その他）	月 日	受領者

適正に受領されていることを認める。（ 令和 年 月 日）検査区分責任者

試 験 品 内 容 (検体数が2件以上ある場合はこちらに記入してください。)

検査項目					
検査試験品名					
製造数量及び ロット	製造数量 ( ) ロット ( )	製造数量 ( ) ロット ( )	製造数量 ( ) ロット ( )	製造数量 ( ) ロット ( )	製造数量 ( ) ロット ( )
内容量/数量	内容量 ( g ) 数量 ( 個 )	内容量 ( g ) 数量 ( 個 )	内容量 ( g ) 数量 ( 個 )	内容量 ( g ) 数量 ( 個 )	内容量 ( g ) 数量 ( 個 )
製造年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
賞味期限(消費期限)	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
製造所所在地	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ( )
製造者氏名	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ( )

受領年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分	令和 年 月 日 午前・午後 時 分	令和 年 月 日 午前・午後 時 分	令和 年 月 日 午前・午後 時 分	令和 年 月 日 午前・午後 時 分
検体番号					
受領者署名					
検体の保管	直ちに検査・( )	直ちに検査・( )	直ちに検査・( )	直ちに検査・( )	直ちに検査・( )
検体の分割	無・有( )	無・有( )	無・有( )	無・有( )	無・有( )
検体の移動	無・有( )	無・有( )	無・有( )	無・有( )	無・有( )

適正に受領されていることを認める。( 令和 年 月 日) 検査区分責任者 \_\_\_\_\_

収入証紙貼付用紙

貼

付

欄

事

1 手数料の名称

2 貼付金額

円

項

3 その他の事項

令和 年 月 日 申請

申請者 住所：

氏名：