

収入証紙貼付欄（枚数が多い場合は裏面に貼付してください。）

書類作成者名 \_\_\_\_\_ 貼付金額 金額 \_\_\_\_\_

## 食品等試験（検査）依頼書

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

北海道上川保健所長 様  
(北海道上川総合振興局保健環境部長)

依頼者（〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ）

住所

氏名

(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。

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	細菌試験	一般細菌試験	4,900 円		円
		大腸菌（群）試験	4,900 円		円 大腸菌群・大腸菌（E.coli）
		その他の細菌試験	7,350 円		円
	理化学試験	添加物試験（1 項目）	11,700 円		円
			2 項目以降加算	4,600 円	
		重金属等試験（1 項目）	11,300 円		円
			2 項目以降加算	2,900 円	
		残留農薬試験（1 項目）	36,600 円		円
			2 項目以降加算	13,400 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		数量		製造年月日	年 月 日
		重量		賞味期限 消費期限	年 月 日

(注) 検体が 2 つ以上ある場合は別紙に記載してください。

別紙

検体番号	製造所所在地	製造者名及び製造所名称	品名	数量	製造年月日	試験（検査）項目
				重量	賞味期限・消費期限	
【備考欄】						