

収入証紙貼付欄（枚数が多い場合は（別紙）に貼付すること。）

食品等試験（検査）依頼書

年 月 日

北海道岩見沢保健所長 様

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・ 試験	一般細菌試験	4,900円		円	大腸菌・大腸菌群
	大腸菌試験	4,900円		円	
	その他の細菌試験	7,350円		円	
添加物 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		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	
合 計				円	

2 試験（検査）食品

品名	
内容量/数量	/
製造数量	
ロット番号	
製造年月日	令和 年 月 日
賞味(消費)期限	令和 年 月 日
製造所または加工所の住所	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> ()
製造所または加工所の名称	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> ()
参考事項	

（注）検体が2つ以上ある場合は、別紙2に記載してください

3 検体受領の記録（受付保健所）

受付保健所	
受領日/時刻	令和 年 月 日 / 時 分
試験品の状態	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
試験品の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
受領者署名	

4 検体搬送

搬送先	保健所 支所から 保健所まで
搬送方法	<input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> チャーター便 <input type="checkbox"/> 宅配
集荷時間(委託時)	時 分
搬送者	(保健所)

搬送先	保健所から 保健所まで
搬送方法	<input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> チャーター便 <input type="checkbox"/> 宅配
集荷時間(委託時)	時 分
搬送者	(保健所)

5 検体受領の記録（検査保健所）

受領日/時刻	令和 年 月 日 / 時 分
試験品番号	
受領者氏名	
試験品の状態	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
試験品の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
試験品の保管	<input type="checkbox"/> 直ちに検査 <input type="checkbox"/> 冷蔵・冷凍 ()
試験品の分割	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
試験品の移動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

* 1, 2は依頼者、3, 4, 5は担当する保健所で記載する。

年 月 日 検査区分責任者

別紙 2

2 試験（検査）食品

品名				
内容量/数量				
製造数量				
ロット番号				
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
賞味（消費）期限	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
製造所または加工所の住所	<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"/>
製造所または加工所の名称	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/>
参考事項				

3 検体受領の記録（受付保健所）

受付保健所				
受領日/時刻				
試験品の状態	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
試験品の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
受領者				

4 検体搬送

搬送先	(1)	保健所 支所から 保健所まで	(2)	保健所から 保健所まで
搬送者		<input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> チャーター便 <input type="checkbox"/> 宅配		<input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> チャーター便 <input type="checkbox"/> 宅配
集荷時間（委託時）		時 分		時 分
搬送者		(保健所)		(保健所)

5 検査受領の記録（検査保健所）

受領日/時刻				
試験品番号				
受領者氏名				
試験品の状態	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
試験品の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
試験品の保管	<input type="checkbox"/> 直ちに検査 <input type="checkbox"/> 冷蔵・冷凍 ()	<input type="checkbox"/> 直ちに検査 <input type="checkbox"/> 冷蔵・冷凍 ()	<input type="checkbox"/> 直ちに検査 <input type="checkbox"/> 冷蔵・冷凍 ()	<input type="checkbox"/> 直ちに検査 <input type="checkbox"/> 冷蔵・冷凍 ()
試験品の分割	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
試験品の移動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

* 1, 2 は依頼者、3, 4, 5 は担当する保健所で記載する。

年 月 日 検査区分責任者

北海道収入証紙貼付用紙

貼 付 欄

事
項

- 1 手数料の名称
- 2 貼付金額
- 3 その他の事項

円

令和 年 月 日 申請

申請者 住 所
氏 名