

南日本ハム株式会社
品質保証室商品検査課 殿
(FAX:0982-54-2714)
下記の通り依頼致します。

受付日	年 月 日
受付No.	
保管場所	冷蔵・冷凍・室温
担当者	
登録日	年 月 日
登録No.	

分析試験依頼書

「太枠内のみご記入ください。」

依頼者名	会社名		所属	
			担当者	
住所	〒		事業所コードNo.	
		(TEL:) (FAX:)		

「依頼者と異なる場合に記入してください。」

請求先	会社名		所属	
			担当者	
住所	〒		事業所コードNo.	
		(TEL:) (FAX:)		
送報告先書	会社名		所属	
			担当者	
住所	〒			
		(TEL:) (FAX:)		

依頼目的	品質管理・栄養表示・その他()		
検体発送日時	[年 月 日]	検体到着予定	[年 月 日]
運送手段	[ヤマト運輸、佐川急便、郵便、その他()]		
検体保管条件	冷蔵・冷凍・室温	試験期間	普通・至急
検体名	重量 g	製造年月日	年 月 日
		消費・賞味期限	年 月 日
		検体返却が必要な場合は○印	返却必要
分析試験項目	(依頼する検査項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをつけてください。)		
[微生物検査]	<input type="checkbox"/> 一般生菌数	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	<input type="checkbox"/> 大腸菌
	<input type="checkbox"/> サルモネラ	<input type="checkbox"/> クロストリジウム属菌	<input type="checkbox"/> セレウス菌
	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ	<input type="checkbox"/> 腸内細菌科菌群	<input type="checkbox"/> かび
	<input type="checkbox"/> O-26	<input type="checkbox"/> O-111	<input type="checkbox"/> リステリア
	<input type="checkbox"/> 保存試験(保存温度、検査日、検体数をご連絡ください)	<input type="checkbox"/> 好気性芽胞菌	<input type="checkbox"/> 黄色ぶどう球菌
	<input type="checkbox"/> 無菌試験	<input type="checkbox"/> 酵母	<input type="checkbox"/> 乳酸菌数
	<input type="checkbox"/> O-157	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[理化学検査]	<input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> たん白質	<input type="checkbox"/> 脂質
	<input type="checkbox"/> 栄養成分セット[エネルギー、水分、たん白質、脂質、炭水化物、灰分、ナトリウム(食塩相当量)]	<input type="checkbox"/> 灰分	<input type="checkbox"/> ナトリウム
	<input type="checkbox"/> pH	<input type="checkbox"/> 亜硝酸根	<input type="checkbox"/> 塩分
	<input type="checkbox"/> 過酸化物価	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ソルビン酸
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 酸価
※[アレルゲン検査]	FASTKITエライザ <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 大豆		
	イムノクロマト <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 大豆		
[異物検査]	<input type="checkbox"/> FT-IR(赤外分光分析) <input type="checkbox"/>		
備考(連絡事項、ご要望等)		報告予定日	月 日頃
報告書終了	月 日	請求書発行	月 日
税抜き額	消費税額	合計金額	

※注意事項
 ・分析試験は、各種規格に基づく方法、あるいは弊社の方法になります。
 ・報告書の再発行は、発行後1年以内に限りです。
 ・提出された検体・容器は、依頼時に返却を求められない限り、廃棄いたします。
 ・検体は各試験100g以上ご送付ください。
 ・アレルゲン検査につきましては、グループ関連会社からのみご依頼を承っております。