

試験検査依頼書

令和 年 月 日

香川県中讃保健所長 殿

〒 -

依頼人 住所 _____

氏名又は名称 _____

連絡先 TEL (_____) _____

次のとおり試験検査を依頼します。

(試験品)

品名 (名称)	製造者、製造所所在地、賞味期限、ロットなど、成績書に記載が必要な事項があれば記入してください。

検査項目	単価 (1件あたり)	*	備考
一般細菌数	1,920円		
大腸菌群 (定性)	2,070円		
大腸菌 (E. coli) (定性)	2,240円		
黄色ブドウ球菌	4,070円		
セレウス菌	4,070円		

*該当するものに○印を記入すること。