

食品等試験検体調書

太枠の中を御記入ください。

| | | | |
|---|----------------------------------|---|---|
| 1. 検体名 <input type="checkbox"/> | | | |
| 2. 製造年月日 <input type="checkbox"/> | 年 | 月 | 日 |
| 3. 重量 <input type="checkbox"/> | | | |
| 4. 製造数量 <input type="checkbox"/> | 5. 持込数量 <input type="checkbox"/> | | |
| 6. 製造者氏名 <input type="checkbox"/> | | | |
| 7. 製造者住所 <input type="checkbox"/> | | | |
| 8. 試験項目 <input type="checkbox"/> | | | |
| 9. 検体の包装における表示事項 <input type="checkbox"/> | | | |

※1～9の記載については、検体の試験依頼の記録に代えることができます。

※以下は、保健所係員が記載いたします。

| | | | | | |
|--|-----------|---|---|------------------------------------|--|
| 10. 依頼受理年月日 <input type="checkbox"/> | 年 | 月 | 日 | 11. 検体番号 <input type="checkbox"/> | |
| 12. 受理者氏名 <input type="checkbox"/> | | | | 13. 検体の保管 <input type="checkbox"/> | |
| 14. 検体の分割 <input type="checkbox"/> | (年 月 日) | | | | |
| 15. 滅菌容器使用の有無 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 16. 試験品の異常の有無 <input type="checkbox"/> | | | | | |

検査区分責任者名 _____ 印

※10～12は検体の受理の記録に代えることができる。

※13～14は検体の管理の記録に代えることができる。