

食 品 等 試 験 依 頼 書

(宛先) 旭川市保健所長

太枠の中を御記入ください。

依頼年月日	年 月 日
依頼者名	(ふりがな)
依頼者住所	(〒 -) [連絡先電話番号：() - (内線)]
試験品名	

試験種別

種 別			単 価	件数	検査項目	金 額
食 品 及 び 添 加 物	細 菌 試 験	一 般 細 菌 試 験	3,660 円			円
		大腸菌・大腸菌群試験	3,660 円			円
		そ の 他 の 細 菌 試 験	6,210 円			円
	理 化 学 試 験	添 加 物 試 験	21,700 円			円
		追加1項目分(項目)	3,130 円			
		重 金 属 等 試 験	14,200 円			円
		追加1項目分(項目)	2,580 円			
		残 留 農 薬 試 験	42,500 円			円
		追加1項目分(項目)	6,850 円			
		そ の 他 の 理 化 学 試 験	10,400 円			
		追加1項目分(項目)	3,940 円			
エンテロトキシン試験		12,900 円			円	
				合計金額	円	

※ 参考事項

衛生検査課 収受印