

食品検査依頼書

領収書番号

(西宮市保健所)

枚目/ 枚

問い合わせ先:0798(26)3680 食品衛生課 衛生検査チーム

依頼日	年 月 日 ()		
依頼者	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒 -	
	電話番号	()	担当者()
検査成績書	来所して直接受取る		※ ○郵送希望の場合は 切手と封筒を受付時にお持ちください。 ○投函後の責任は一切負いかねますので、ご了承ください。 ○成績書のお届け日が郵便局の都合により遅れる場合があります。
	郵送を希望する ※		
検査項目 (希望する検査項目に○をつけて下さい)		細菌数	
		大腸菌群	
		大腸菌	
		その他()	

検体No. <small>この欄は記入しないで下さい。</small>	No	フリガナ 検体名 <small>※この検体名にて成績書を発行します。</small>	備考
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		

受付検体数		検体
手数料	計算	円 × 検体
	合計	円

担当者印	領収印