

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。

## 分析試験依頼書

受領日	年	月	日
保管場所	冷蔵	冷凍	常温
担当者			
登録日	年	月	日
登録No.			

「太枠内のみご記入ください。」

依頼者名	会社名		所属	
	住所	〒	担当者	
		(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	
	住所	〒	担当者	
		(TEL: ) (FAX: )		
送報付告先書	会社名		所属	
	住所	〒	担当者	
		(TEL: ) (FAX: )		

検体発送日時	年 月 日	検体到着予定	年 月 日
運送手段・温度	ヤマト運輸 ・ 佐川急便 ・ 回収 /	冷蔵 ・ 冷凍 ・ 常温	
受取後保管条件	冷蔵 ・ 冷凍 ・ 常温	試験期間	普通 ・ 至急
検体名	製造年月日: 年 月 日		
	消費・賞味期限: 年 月 日		
	重量	g	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。)		
<b>【 理化学検査 】</b>		<b>【 微生物検査 】</b>	
<input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 脂質 <input type="checkbox"/> カルシウム(Ca) <input type="checkbox"/> リン(P) <input type="checkbox"/> 栄養成分セット① [ 水分、たんぱく質、脂質、灰分、炭水化物、ナトリウム(食塩相当量)、エネルギー ] <input type="checkbox"/> 栄養成分セット② [ 水分、たんぱく質、脂質、灰分、炭水化物、ナトリウム(食塩相当量)、エネルギー、糖質、食物繊維 ] <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> ソルビン酸 <input type="checkbox"/> ペットフード粗繊維 <input type="checkbox"/> ペットフードセット [ 水分、たんぱく質、脂質、灰分、粗繊維 ] <input type="checkbox"/> 酸価(AV) <input type="checkbox"/> 色調 <input type="checkbox"/> アミノ酸組成	<input type="checkbox"/> 水分活性 <input type="checkbox"/> 灰分 <input type="checkbox"/> カリウム(K) <input type="checkbox"/> マグネシウム(Mg) <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 全糖量 <input type="checkbox"/> 過酸化物体価(POV) <input type="checkbox"/> 破断強度	<input type="checkbox"/> たんぱく質 <input type="checkbox"/> ナトリウム(Na) <input type="checkbox"/> 鉄(Fe) <input type="checkbox"/> 食物繊維 <input type="checkbox"/> 亜硝酸根	<input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 ( <input type="checkbox"/> X-GAL.MUGブイヨン法 <input type="checkbox"/> BGLB培地 <input type="checkbox"/> X-GLUC.MAGENTA-GAL <input type="checkbox"/> デソキシコレート培地 ) <input type="checkbox"/> 大腸菌 ( <input type="checkbox"/> X-GAL.MUGブイヨン法 <input type="checkbox"/> EC培地 <input type="checkbox"/> X-GLUC.MAGENTA-GAL ) <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> セレウス菌 <input type="checkbox"/> カンピロバクター <input type="checkbox"/> 乳酸菌 <input type="checkbox"/> 腸内細菌科菌群 <input type="checkbox"/> カビ <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌( <input type="checkbox"/> O-157 <input type="checkbox"/> O-26 <input type="checkbox"/> O-111 ) <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> クロストリジウム属菌 <input type="checkbox"/> リステリア <input type="checkbox"/> 好気性芽胞菌 <input type="checkbox"/> 無菌試験 <input type="checkbox"/> 酵母
		<b>【 その他 】</b>	
		<input type="checkbox"/> FTIR分析(ATR測定法) <input type="checkbox"/> 蛍光X線分析 <input type="checkbox"/> 肉腫判別	

備考(連絡事項、ご要望等)		依頼受付日/No.	月	日	No.
		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。