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	受領者	
登録日	年　月　日	担当者	
依頼書No.			

★ 太枠内のみご記入ください。

依頼者名	会社名		所　属	
			担当者	
	住所	〒 (TEL:　　)(FAX:　　)		

★ 依頼者と異なる場合にご記入下さい。

請求先	会社名		所　属	
			担当者	
	住所	〒 (TEL:　　)(FAX:　　)		
送付先報告書	会社名		所　属	
			担当者	
	住所	〒 (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		製造日	年　月　日
		賞味期限	年　月　日
		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 ☑ チェックをつけてください。		

【 理化学検査 】

□水分　□水分活性　□蛋白質
□脂質　□灰分　□ナトリウム(Na)
□カルシウム(Ca)　□カリウム(K)　□鉄(Fe)
□食物繊維
□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]
□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]
□pH　□塩分　□亜硝酸根
□AV(酸価)　□POV(過酸化物価)　□
□色測定　□破断強度

【 微生物検査 】

□一般生菌数
□大腸菌群
(□X-GAL.MUGブイヨン法　□BGLB培地
□X-GLUC.MAGENTA-GAL　□ﾃﾞｿｷｼｺﾚｰﾄ培地)
□大腸菌
(□X-GAL.MUGブイヨン法　□EC培地
□X-GLUC.MAGENTA-GAL)
□黄色ブドウ球菌　□サルモネラ属菌
□腸炎ビブリオ　□クロストリジウム
□セレウス菌　□リステリア
□カンピロバクター　□乳酸菌数
□真菌(カビ・酵母)　□無菌試験(恒温試験＋細菌検査)
□耐熱性細菌
□腸管出血性大腸菌検査(□O-157　□O-26　□O-111)

【 その他 】

□異物検査:FTIR分析　□異物検査:蛍光X線分析

備考(連絡事項、ご要望等)	報告予定日	月　日 頃
	検査料金(税抜)	

※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年以内に限ります。
・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。