

収入証紙貼付欄（枚数が多い場合は裏面に貼付してください。）

書類作成者名 _____

添付金額 _____

食 品 等 試 験 （ 検 査 ） 依 頼 書

令和 年 月 日

北海道上川保健所長 様
（北海道上川総合振興局保健環境部長）

（名寄保健所受付）

依頼者（〒 _____ ）
住所

氏名

（連絡先電話 _____ - _____ - _____ ）

北海道保健所条例施行規則別表による次の試験（検査）を依頼します。
記

1 試験（検査）種別

種 別		単 価	件数	金 額	試験（検査）項目
食品・添加物	細菌試験	一般細菌試験	4,900円	円	大腸菌群・大腸菌
		大腸菌（群）試験	4,900円	円	
		その他の細菌試験	7,350円	円	
	理化学試験	添加物試験（1項目）	11,700円	円	
			2項目以降加算	4,600円	
		重金属等試験（1項目）	11,300円	円	
			2項目以降加算	2,900円	
		残留農薬試験（1項目）	36,600円	円	
			2項目以降加算	13,400円	
	その他の理化学試験（1項目）	10,600円	円		
2項目以降加算		3,400円	円		
その他		円		円	
		円		円	
		円		円	
計				円	

2 試験（検査）品名

製造所所在地					
製造者名及び製造所名称					
品 名	数量		製造年月日	年	月 日
	重量		賞味期限 消費期限	年	月 日

（注） 検体が二つ以上ある場合は別紙に記載してください。