

# 委 託 書

(あて先)松山市保健所長

(太線の枠内を記入してください)

下記のとおり検査をお願いします。

令和 年 月 日

委託者	住所 (所在地)	TEL      —      —		
	氏名(名称)		担当者名	
成績書記載 上記の委託者と異なる場合のみご記入ください	住所 (所在地)		成績書 受領	来所・郵送
	氏名 (名称)			
検体の種類		食品・食品用容器・容器包装・家庭用品		
検 体 名 簿				
検体名(成績書記載事項を含む)		検体の状況	検査項目	
		製造年月日 (                    )		
		消費・賞味期限 (                    )		
		保存温度 (室温 冷蔵 冷凍)	備考	
		製造年月日 (                    )		
		消費・賞味期限 (                    )		
		保存温度 (室温 冷蔵 冷凍)	備考	
		製造年月日 (                    )		
		消費・賞味期限 (                    )		
		保存温度 (室温 冷蔵 冷凍)	備考	
		製造年月日 (                    )		
		消費・賞味期限 (                    )		
		保存温度 (室温 冷蔵 冷凍)	備考	
支払区分    現金・(                    )    検査料金    受付				

※検査の受付日時は、年末年始・祝日を除く月曜日と火曜日の8:30～15:00で、予約制です。  
 なお、先着順ですのでご希望される日にならないこともあります。  
 ※検査成績書の受取は、なるべく来所してくださるようお願いいたします。郵送を希望される方は切手を貼った封筒を持参してください。  
 郵送の際に届かない等の不都合が生じても当所は責任を持ちかねます。  
 ※検査成績書は委託書一部につき1通の発行になります。