**2024年度 外部精度管理調査 参加申込書 [行政機関用]**

2024年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | |
| 機関名 |  | | | |
| 代表者 |  |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
|  | 職名 | 氏名 |  |
| 担当者 |  |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
|  | 部署名 | 氏名 |  |
| 郵便番号 |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |

2024年度外部精度管理調査に以下のとおり申し込みます。

1. 実施検査機関および参加項目

別紙のとおり

1. 支払いおよび請求書 (□内にレ印をご記入ください。PCの場合にはクリックでレ印が入ります。)
   1. 支払いについて

実施検査機関で個別に支払う

衛生主管部で一括して支払う

その他 (具体的にご記入ください ： )

* 1. 御見積書、請求書の宛名

実施検査機関代表者

衛生主管部代表者

その他 ﾌﾘｶﾞﾅ

(具体的にご記入ください ：職名 氏名 )

* 1. 御見積書、請求書の送付先

実施検査機関担当者

衛生主管部担当者

その他の場合 送付先機関名 ：

宛名 (部署名・氏名) ：

住所 ：〒

* 1. 指定の様式 (契約書、請書、完了届) 等ご要望がございましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

1. 調査結果報告書の送付先

(ご指定がない場合には各実施検査機関代表者様宛にて送付させていただきます。)

実施検査機関

衛生主管部に一括送付

その他の場合 送付先機関名 ：

宛名 (部署名・氏名) ：

住所 ：〒

1. 調査結果報告書の追加希望数 　　　　冊 (送付先機関名 ： )

注 ： 各実施検査機関に1部ずつ送付いたしますが、**さらに追加して実費頒布をご希望の場合**にはご記入ください。

1. その他の特記事項（本調査申し込みにあたり、ご不明な点またはご要望等ございましたら具体的にご記入ください。）

|  |
| --- |
|  |

すべての項目をご記入ください (□内にレ印をご記入ください。PCの場合にはクリックでレ印が入ります)

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 実施検査機関名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施検査機関  代表者 | **参加申込書と同じ (以下、記入不要)** | | | | | |
| 職名 |  | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 実施検査機関  担当者 | ※ 調査試料を受け取る電話連絡可能な1名の代表担当者をご記入ください。 | | | | | |
| **参加申込書と同じ (以下、記入不要)** | | | | | |
| 部署名 |  | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 住所 | **参加申込書と同じ (以下、記入不要)** | | | | | |
| 〒 | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 食品衛生外部精度管理調査 | | | | | | |
| 調査項目 | | | | | 調査への参加 | |
| 理化学調査 | | | ① 重金属検査 | |  | |
| ② 残留農薬検査Ⅰ | |  | |
| ③ 食品添加物検査Ⅱ | |  | |
| ④ 残留農薬検査Ⅱ | |  | |
| ⑤ 残留動物用医薬品検査 | |  | |
| ⑥ 食品添加物検査Ⅰ | |  | |
| 微生物学調査 | | | ① E.coli検査 | |  | |
| ② 一般細菌数測定検査 | |  | |
| ③ 腸内細菌科菌群検査 | |  | |
| ④ 黄色ブドウ球菌検査 | |  | |
| ⑤ サルモネラ属菌検査 | |  | |
| ⑥ 大腸菌群検査 | |  | |
| 動物を用いる調査 | | | ① 麻痺性貝毒検査 | |  | |
| 食品表示に関する外部精度管理調査 | | | | | | |
| 特定原材料検査 | | | |  | |
| 栄養成分検査 (基本項目) | | | |  | |
| 栄養成分検査 (基本項目 + 追加項目：カルシウム、リン) | | | |  | |
| 特記事項 | | | | | | |