

生乳検査依頼書

検査依頼者	
所属農協	兵庫県酪農農業協同組合
酪農家氏名	
電話番号	
FAX番号	
検査結果の連絡方法	電話 ・ FAX
検査依頼日	年 月 日

送付枚数	枚
担当者氏名	
判定結果連絡	月 日 時
連絡先	雪印メグミルク(株) 神戸工場受入職場 TEL : 078-912-1292

抗生物質の種類によってはディスク法での検出が難しいものがあります。

1. 抗生物質検査 混入事故防止の為、使用した薬品を確認の上、検査依頼を出してください。

依頼No.	使用抗生物質名又は製品名	Charm 検査を希望 する場合○記入	最終投薬日時	抗生物質検査結果	備考
No. 1			年 月 日 時	合格 ・ 不合格	
No. 2			年 月 日 時	合格 ・ 不合格	
No. 3			年 月 日 時	合格 ・ 不合格	
No. 4			年 月 日 時	合格 ・ 不合格	
No. 5			年 月 日 時	合格 ・ 不合格	

2. その他の検査

依頼No.	検査依頼内容	検査依頼結果	備考
No. 1		合格 ・ 不合格	
No. 2		合格 ・ 不合格	
No. 3		合格 ・ 不合格	
No. 4		合格 ・ 不合格	

※「2. その他の検査」につきましては、雪印メグミルク神戸工場では出荷前の血乳検査のみ行っております。