

①学校長
②姫路学校薬剤師会
③学校薬剤師 控え 5年間保存

様

学校薬剤師 (印)

学校No.忘れずに
記入してください。

学校給食室の検査結果報告書

学校NO. 学校名:						
検査日時: 平成 年 月 日 曜日 時 分 天気:						
	検査項目 検 体	使用年数	大腸菌群 コロニー	残留デンプン + または -	残留脂肪 + または -	残留たんぱく質 + または -
1	大ボール					
2	小ボール	シャーレ上蓋に 検査日、学校名、検体名 をマジックで記入してください。			判定は、+か-で お願いします。	
3	深 皿					
4	包 丁					
5	ま な 板					
6	使用水水質検査	(a) 遊離残留塩素濃度 _____ mg/l (b) 色 異常 (あり なし) (c) 濁り 異常 (あり なし) (d) 臭い・味 異常 (あり なし)				
【参考】食器の洗浄は適切に行われ、洗浄後の食器から残留物が検出されないこと 色、濁り、臭い、及び味について異常がないこと 残留塩素濃度は0.1mg/l 以上あること						
【指導内容・事後処置】						
検査日については事前に学校に連絡し、担当の先生と調整してください。						
都合等で、検査期間内に検査を行えない場合は、担当理事まで連絡してください。 なお、報告書提出時にも担当理事に連絡をお願いします。						
検査は白衣・マスク着用でお願いします。						