

平成 年 月 日

- 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

学校給食室の検査結果報告書(高校・認定こども園)

学校No.忘れずに記入してください。

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	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 -				
	検 体								
1	カレー皿(大きな食器)	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。					
2	丼 鉢(小さな食器)								
3	包 丁								
4	ま な 板								
5	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 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。									
検査には白衣・マスク着用をお願いします。									