

事務局長	各課長・室長	係

検 査 依 頼 書

年 月 日

公益財団法人鹿児島県学校給食会理事長 様

所属・名称			
代表責任者	印		
担 当 者			
住 所	〒		
電 話 番 号		F A X 番 号	

下記により,公益財団法人鹿児島県学校給食会の依頼検査実施要項に従い検査を依頼します。

食器具名		_____種類 _____個
目 的 (該当項目に○印を付ける)	・洗浄度の確認 ・洗浄度の比較 ・その他 (具体的に)	
検査項目 (該当項目に○印を付ける)	・残留でんぷん ・残留脂肪	

留意事項：検査に必要な食器具数

食器具の種類毎に項目数の食器が必要です。

例えば, 椀, 皿(小)及び皿(大)の3種類の食器について, 2項目の検査を依頼する場合,
椀 2 個, 皿(小) 2 個, 皿(大) 2 個の合計 6 個の食器が必要です。

<学校給食会記入欄>

食器具到着日	令和 年 月 日	検査期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
--------	----------	------	-------------------

検査項目及び検査方法

項目	検査名	検査方法	備考
残留でんぷん	ヨウ素法	・食器具に希釈ヨウ素液（薬局ヨードチンキ）	検査できないもの ・竹製の箸 ・色付きの箸及び食器
残留脂肪	クルクミン・ 紫外線照射法	・食器具にクルクミン液を塗布後、軽く水洗いし、暗室で紫外線（長波長）を照射する。 脂肪の残留部分：青緑色に蛍光を発する。	検査できないもの ・PEN食器
	パプリカ法	・食器具にパプリカ液を塗布後、軽く水洗いする。 脂肪の残留部分：赤橙色に呈色	検査できないもの ・金属製食器具