

金門縣衛生局 檢驗結果報告

委託單位：
地 址：
聯 絡 人：
聯絡電話：

報告編號：
收件日期：
檢驗日期：
報告發行日期：

一、委託事項：

(一)樣品資訊：

樣品名稱：	批號：	包裝：
數量：	製造日期：	有效日期：
製造廠商/國內負責廠商名稱：		
樣品保存方式：		

(二)委託檢驗項目、檢驗方法、檢驗範圍：

認證	檢驗項目	檢驗方法	檢驗範圍 (單位)

二、檢驗結果：

認證	檢驗項目	檢驗方法	檢驗結果 (單位)	定量 (定性)極限
	大腸桿菌			
	大腸桿菌群			
	總菌落數			

備註：

1. 本報告各頁分離使用無效。
2. 檢驗項目有標★者，指該檢驗項目經衛生福利部認證，且依認證之檢驗方法執行檢驗。
3. 檢驗報告僅就委託者之委託事項提供檢驗結果，不對產品合法性做判斷。
4. 檢驗項目有標☆者，指該檢驗項目經委託者同意，轉委託其他檢驗機構。(若有委託檢驗項目始備註)
5. 本檢驗報告之所有檢驗內容，均依委託事項執行檢驗，如有不實，願意承擔完全責任。

報告簽署人：_____ (檢驗機構印信)

實驗室名稱：金門縣衛生局

實驗室地址：金門縣金湖鎮新市里復興路1之12號

實驗室聯絡電話：082-337560

金門縣衛生局 檢驗結果報告

報告編號：

樣品照片紀錄(包含樣品所有標示)：

樣品名稱：