

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(中学校)

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 -	残留たんぱく質 + または -
	検 体					
1	ランチボックス					
2	米飯 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	汁 わ ん					
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。

検査には白衣・マスク着用をお願いします。