

年 月 日

様

学校薬剤師

印

学校給食室の検査結果報告書(給食センター)

学校NO.		学校名:					
検査日時:		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	飯 わ ん						
2	汁 わ ん						
3	角仕切皿						
4	パ ン 皿						
5	まな板 (白)						
6	包 丁 (白)						
7	まな板 (青)						
8	包 丁 (青)						
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 遊離残留塩素濃度は0.1mg/L 以上あること 【指導内容・事後処置】							