

# 検査依頼書

その他

(一財)岩手県薬剤師会 検査センター 殿

受付番号 \_\_\_\_\_ 受付 年 月 日

依頼者名	TEL _____		
住所	〒 _____ FAX _____		
結果書宛名			同上
支払先名称	TEL _____		同上
支払先住所	〒 _____ FAX _____		
検査区分 <small>※該当の項目を○で 囲んでください</small>	水質：その他 ( _____ ) 環境：環境大気 ・ ばい煙測定・室内環境・作業環境測定・温泉分析・34条検査 マスクフィットテスト・その他 ( _____ ) 食品：衛生調査・異物検査・その他 ( _____ )		
サンプリング	1 センター    2 持込		
分析	1 自社    2 外部委託(委託先: _____)		
試料名 採取場所			
採取年月日			採取者 _____
項 目	数 量	単 価	金 額
※見積書： なし ・ あり (見積書の通り)			
備考	別紙 有 無		合計金額

未収・入金 ( \_\_\_\_\_ ) 受付者 \_\_\_\_\_