

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 _____