

検査依頼書

食品

(一財)岩手県薬剤師会検査センター 殿

受付 年 月 日 時 分

*** 必須項目**

受付番号 (~)

※太枠内をご記入ください。

* 依頼者	名称	TEL - -	FAX - -	(担当者)
		〒 -		
* 結果書宛名		依頼者と同じ		
* 支払者	名称	TEL - -	FAX - -	依頼者と同じ
		〒 -		

①	* 検体名			検体の規格・種類		
	* 検査項目			殺菌・消毒	無・有	殺菌方法
	<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 採取	年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 消費 <input type="checkbox"/> 賞味	年月日	年 月 日
②	* 検体名			検体の規格・種類		
	* 検査項目			殺菌・消毒	無・有	殺菌方法
	<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 採取	年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 消費 <input type="checkbox"/> 賞味	年月日	年 月 日
③	* 検体名			検体の規格・種類		
	* 検査項目			殺菌・消毒	無・有	殺菌方法
	<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 採取	年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 消費 <input type="checkbox"/> 賞味	年月日	年 月 日
ご依頼目的		<input type="checkbox"/> 自社品質管理 <input type="checkbox"/> 公用・流通販売用 <input type="checkbox"/> 栄養表示 <input type="checkbox"/> 調査研究開発 <input type="checkbox"/> 輸出入関係 <input type="checkbox"/> その他()				
備考						

搬入方法	<input type="checkbox"/> 持込(持込者名) <input type="checkbox"/> 宅配() <input type="checkbox"/> 郵送		
連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他()		検体情報添付 有 無

送付事務手数料 _____円+税 未収・入金 (_____円) 受付者 _____ 2023. 1. 1