

検査依頼書

保存試験

(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 - -
		(担当者)	
		〒 -	
			依頼者と同じ

* 検体名		検体の規格・種類	
* 保存温度	<input type="checkbox"/> 冷蔵 (10℃以下) <input type="checkbox"/> 冷凍 (-15℃以下) <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 指定温度 (°C)	殺菌・消毒	無・有 殺菌方法
<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 採取 <input type="checkbox"/> 解凍	年月日	年 月 日	年 月 日
* 消費	年月日	* 賞味	年月日

* 検査回数、検査日・頻度、検査項目、条件など

検査回数	* 検査日・頻度	* 検査項目	その他
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

ご依頼目的 消費・賞味期限設定 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 _____