HC－５５

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 ※該当の項目を〇で囲んでください	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＿＿＿＿＿＿＿＿

2022.11.14

－A－