

輸入食品等試験検査依頼書

一般財団法人 茨城県薬剤師会検査センター 殿

受付番号		総務部長	受付者
請求番号		指定用紙	
		有・無	

受付日	年 月 日	収入区分	現金・後納
検査手数料	円	サンプリング手数料	円
合計金額	円 (税込み)		

採取・回収	番号記入	依頼入力	成績発送	請求作成	請求発送
-------	------	------	------	------	------

ご依頼者	ご住所		
	お名前		
	(ご担当者 所属 お名前)		
	TEL	/FAX	
成績書宛名			
請求書宛名			

品名及び ブランド名		貨物の記号 及び番号	
輸入数重量	CS. CT. BG. kg	到着年月日	平成 年 月 日
船名又は 飛行機名		生産国又は 製造所名	/
輸入業者名 住所 電話番号	- -	通関業者名 電話番号	- -
見本持出許可申請書又は 見本持出包括申請書番号			
検査に関する 連絡担当者名 電話番号	一般財団法人 茨城県薬剤師会検査センター 029-306-9086	検体採取者 (法人名) 氏名	一般財団法人 茨城県薬剤師会検査センター
試験項目			
備考	結果FAXの有無； 無：有 送付先		