

検査依頼書 (医薬品検査用)

一般財団法人 茨城県薬剤師会検査センター 殿

受付番号	IY	総務部長	受付者		
請求番号		指定用紙 有・無			
採取・回収	番号記入	依頼入力	成績発送	請求作成	請求発送
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)				
受付保健所	成績書発送期限	月	日	同時発送	参照受付番号(親番号)

表裏の太枠内へのご記入をお願いいたします。

分析目的					
依頼者	ふりがな				
	氏名				
	郵便番号	—	住所		
	電話番号	()	FAX番号	()	検体持参者
検体種類 (○印で選択)	医薬品, 医薬部外品, その他 ()				
検体名称 (商品名)					
付記事項					
検査項目					

連絡先 (担当者) (電話番号)	
------------------------	--

※ ご依頼の際には、検査手数料を添えてお申し込み下さい。(つり銭のないようご用意下さい)
※ 検査成績書は出来次第、順次発送いたします。
※ お問合せ電話番号 029-306-9086

《裏面にも ご記入をお願いいたします。》

成績書 郵送先	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ場合はチェックを入れてください。					
	ふりがな					
	氏名					
	郵便番号	—	住所			
	電話番号	()	FAX番号	()	担当者	
成績書 標 題	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 成績書郵送先と同じ					
	ふりがな					
	氏名				住所印刷	しない・する
	郵便番号	—	住所			

以下は、請求(後納)の方のみご記入下さい。

※請求書は近日中に郵送致します。尚、お振込みの際の振込手数料はご負担ください。成績書は検査終了時に入金確認が出来次第、発送となりますのでご了承下さい。

請求先 (請求書宛名)	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ場合はチェックを入れてください。					
	ふりがな					
	氏名					
	郵便番号	—	住所			
	電話番号	()	FAX番号	()	担当者	
請求書 郵送先	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ <input type="checkbox"/> 請求書宛名と同じ <input type="checkbox"/> 成績書郵送先と同じ					
	ふりがな					
	氏名					
	郵便番号	—	住所			
	電話番号	()	FAX番号	()	担当者	

採取時状況メモ(気づいた点があればお書き下さい。)

備 考(センター記入)

依頼書に記載された内容は検査の目的以外には使用しません。また、検査等について、他に提供することはありません。なお、検査結果をもとに、個々を特定できないデータとして、集計に使用させていただくことがあります。

(210303DL)