

検査依頼書(食品)

一般財団法人 茨城県薬剤師会検査センター

〒310-0852 茨城県水戸市笠原町978-47

TEL:029-306-9086 FAX:029-306-9076

受付区分:FO

依頼書番号



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

ご依頼者 太枠内へのご記入をお願いいたします。

ふりがな	(コード:)				
会社名(氏名)					
住所					
郵便番号	TEL		FAX		
ご担当者				携帯	

左記ご依頼者名と異なる内容で成績書又は請求書が必要な場合は、下記欄にご記入ください。

受付日 年 月 日

同時発送

受付
保健所

納期	速報	TEL・FAX・メール・不要	発送期日	弊社記入欄
検体種類	食品			

検体名称 (商品名)	・	製造日: 年 月 日 / 消費・賞味期限: 年 月 日	FO-
	・	製造日: 年 月 日 / 消費・賞味期限: 年 月 日	FO-
	・	製造日: 年 月 日 / 消費・賞味期限: 年 月 日	FO-
	・	製造日: 年 月 日 / 消費・賞味期限: 年 月 日	FO-
	・	製造日: 年 月 日 / 消費・賞味期限: 年 月 日	FO-

検査目的 自主検査 栄養成分 賞味・消費期限設定 その他()

検査項目 保存検査

検査手数料合計 税抜 円 税込 円 支払 現金 後納

コード	成績書郵送先	〒 - 住所:	TEL:	FAX:
	(<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ)	氏名(会社名)	担当者:	
コード	成績書宛名			
	(<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ) (<input type="checkbox"/> 施設名と同じ)			
コード	請求書宛名	〒 - 住所:	TEL:	FAX:
	(<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ)	氏名(会社名)	担当者:	
コード	請求書郵送先	〒 - 住所:	TEL:	FAX:
	(<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ) (<input type="checkbox"/> 請求先と同じ)	氏名(会社名)	担当者:	

備考 付記事項

※ 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)。

※ 検査成績書は結果が出次第、順次発送いたします。

※ 当検査センターは検査結果に限り責任を負うものであり、検査結果によって生じるトラブルまたは損害等に関して一切の責任を負いかねます。

※ 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、検査結果について、無断で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。

サイン