

検査依頼書

食品

(一社)岩手県薬剤師会 検査センター 殿

受付 年 月 日 時 分

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	

ご依頼の目的		<input type="checkbox"/> 自社品質管理 <input type="checkbox"/> 公用・流通販売用 <input type="checkbox"/> 栄養表示 <input type="checkbox"/> 調査研究開発 <input type="checkbox"/> 輸入関係 <input type="checkbox"/> その他()		試料の種類	
殺菌・消毒		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	殺菌温度 ℃ 殺菌時間 分	殺菌方法	
<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 採取	年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 消費 <input type="checkbox"/> 賞味	期限	年 月 日
検体名			検査項目 (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 規格 <input type="checkbox"/> 衛生規範)		
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

未収・入金 () 受付者 _____