

様式第1号

# 輸入食品等試験検査依頼書

一般財団法人 北海道薬剤師会公衆衛生検査センター 理事長 殿

下記について、検査を行いたいので関係書類を添えて依頼します。

平成 年 月 日

【依頼者】住 所

TEL

会社名

FAX

【輸入者】住 所

TEL

会社名

FAX

製品の名称

製造者又は加工者の氏名及び住所（法人にあたってはその名称及び主たる事務所の所在地）

製造所又は加工所の名称及び所在地（加工食品以外の食品にあたっては生産地）

製品の保管場所

輸入数重量

C / T  
B / G  
( )

k g

到着年月日

平成 年 月 日

船名又は  
航空機名

貨物の記号  
及び番号

通関業者名及び住所（上記依頼者と異なる場合のみ）

検査に対する連絡者名

見本持出許可申請書又は見本持出許可包括番号

No.

平成 年 月 日

検査に関する（一財）道薬検  
連絡担当者名

検 体（一財）道薬検  
採取者名

検  
査  
結  
果

検査  
料金

受付  
番号