

# 食 品 衛 生 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 様  
 下記について検査したいので依頼します。

◎太枠の中をお書き下さい。

年 月 日				( 受付日 : 月 日 )			
依 頼 者	住 所	(〒 )					
	名 称						
	電 話		F A X				
	担当者	(課 係)			(氏 名)		
成績書の宛名		(住 所)					
		(名 称)					
検査料の請求先		(住 所)					
		(名 称)					
成績書の郵送先		(住 所)					
		(名 称)					
特 記 事 項							
試 料 名							

製造年月日 : 年 月 日 賞味期限 : 年 月 日

理 化 学 検 査				微 生 物 検 査			
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

成績書	郵 送 ・ 来 所	備 考			
結 果	T E L ・ F A X				
見 積 書	有 り ・ 無 し				

				受 付 者			検 査 料
				受 付 番 号			

