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 ： ）

依頼者	住　所	（〒　　）		
	名　称			
	電　話		ＦＡＸ	
	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				

製 造 年 月 日 ：　　年　月　日　　賞 味 期 限 ：　　年　月　日

試　料　名　称	一般生菌数	大腸菌群					受付番号

成績書	郵　送　・　来　所
結　　果	ＴＥＬ　・　ＦＡＸ
見積書	有　り　・　無　し

備　考

受付者	

検査料	
受付番号	