

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	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			

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	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	