

様式1

## 試験検査依頼書 (医薬品等)

受付番号	第 _____ 号
受付年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
見積書No.	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.
搬入方法	<input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> センター採水

太枠内のみご記入ください。

当財団の個人情報保護に関する基本方針に基づき、目的外の個人情報の利用は致しません。

(連絡先) 依頼者			所属	氏名	
	住所 〒		TEL	FAX	
			E-mail		
上記依頼者と 異なる場合に記入	請求先			所属	氏名
				TEL	FAX
	成績書送付先			所属	氏名
				TEL	FAX
成績書に記載する会社名					
希望納期	_____ 年 _____ 月 _____ 日		返却希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 検体 <input type="checkbox"/> 容器 )	
結果連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail : _____ )				

検体名		試験方法	
Lot No.		試験回数	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
採取日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	データ添付	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要
採取者		検体保管条件	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 遮光
検査項目			

備考：連絡事項等ございましたら、ご記入ください。

- 標準品・カラム等の購入希望あり
- 標準品添付あり
- カラム・器具等添付あり

一般財団法人静岡県生活科学検査センター

藤枝検査所：〒426-0083 静岡県藤枝市谷稲葉588番地の1 TEL:054-646-2626

焼津検査所：〒425-0085 静岡県焼津市塩津1番地の1 TEL:054-621-5003

試験手数料 (振込)

本体価格 円

総額 (税込) 円

生科検処理欄 (確認者) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 異常の内容	ガラス瓶 ( <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 無色)	本	g
	ポリ瓶 ( <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> _____)	本	g
	ポリ袋	個	g
	その他		g