

検査依頼書

保存試験

(一社)岩手県薬剤師会 検査センター 殿

受付 年 月 日 時 分

受付番号 (~)

※太枠内をご記入ください

依頼者	名称	TEL - -	FAX - -
		(担当者)	
		〒 -	
結果書宛名		依頼者と同じ	
支払者	名称	TEL - -	FAX - -
		(担当者)	
		〒 -	
		依頼者と同じ	

ご依頼の目的	<input type="checkbox"/> 消費・賞味期限設定 <input type="checkbox"/> その他()		試料の種類
殺菌・消毒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	殺菌温度	℃
		殺菌時間	分
<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 採取	年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 消費 <input type="checkbox"/> 賞味
期限 年月日	年 月 日		
保存条件	<input type="checkbox"/> 冷蔵(10℃以下) <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 温度指定(℃)		
検体名		検査項目 (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 規格 <input type="checkbox"/> 衛生規範)	
検査頻度・条件等			
備考			

搬入方法	<input type="checkbox"/> 持込(持込者名) <input type="checkbox"/> 宅配() <input type="checkbox"/> 郵送		
連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他()	検体情報添付	有 無

未収・入金 () 受付者 _____