

# 検査依頼書

その他

(一社)岩手県薬剤師会 検査センター 殿

区分コード O : 受付番号 \_\_\_\_\_ 受付 年 月 日

依頼者名称	TEL			
住所	〒 FAX			
結果書宛名				同上
支払先名称	TEL			同上
住所	〒 FAX			
検査区分	A 環境大気 B ばい煙測定 C 悪臭分析 D 排ガス測定 E プランクトン調査 F 作業環境測定 G 温泉分析 H 食品検査( ) I 34条検査 J その他			
サンプリング	1 センター 2 持込			
分析	1 自社 2 外部委託(委託先: )			
試料名又は採取場所				
採取年月日				採取者
項目	数量	単価	金額	
派遣費				
車両経費				
考察料				
備考	別紙 有 無			合計金額

未収・入金 ( ) 受付者 \_\_\_\_\_