(様式-2)

一般財団法人 千葉県薬剤師会検査センター
〒267-0056 千葉県千葉市緑区大野台2-3-36
TEL 043 (205) 8225
FAX 043 (205) 7371

試験品番号	I — —
依頼受付日	年 月 日
見積書	

医薬品等検査依頼書

依頼日	年 月 日
-----	-------

依頼者 (社名)	フリガナ
	名称
	住所 〒 —
	ご担当部署 Tel : Fax :
	ご担当者氏名 E-mail :
	検体持参者 ☐ ご担当者と同じ
分析目的	
試験品	☐ 医薬品 ☐ 医薬部外品 ☐ 化粧品 ☐ その他 () 品名 : ロット数 : ロット番号 :
検査項目	☐ 品質試験 ☐ 安定性試験 ☐ その他 ()
納期	年 月 日まで ☐ 至急 (検体到着日より 営業日以内) その他 ()
備考	至急の場合、検査料に影響する場合があります。 また、依頼後キャンセルする場合はキャンセル料をいただく場合があります。
成績書 郵送先	氏名 : 所属 : ☐ 依頼者欄と同じ 住所 : 〒 — Tel : Fax :
請求先	氏名 : 所属 : ☐ 依頼者欄と同じ 住所 : 〒 — Tel : Fax :
請求書 郵送先	氏名 : 所属 : ☐ 依頼者欄と同じ 住所 : 〒 — Tel : Fax :
支払方法	現金 (☐ 受付時支払済 ☐ 未納) ☐ 銀行振込 ☐ その他
搬入方法	☐ 持込み ☐ 郵送 ☐ 宅配便 ☐ クール宅配便 ☐ センター採取 ☐ その他 ()
検体返却	☐ 無 ☐ 有 (内容 :)
記録等の 複写資料	☐ 要 注) 記録等の複写の提出をご希望の場合、別途費用が発生致します。 ☐ 不要
備考 (要望) 検査を通じて知り得た情報等の秘密保持を厳守致します。	
太線内のみ記入して下さい。 依頼書をあらかじめFAX(043-205-7371)していただき、本依頼書を試験品と同封の上、ご送付願います。	