

試験検査設備の利用契約申込書

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

○申込先 一般財団法人 千葉県薬剤師会検査センター 食品薬品部  
〒267-0056 千葉県千葉市緑区大野台2-3-36  
**FAX 043-205-7371**  
担当者 古川 TEL 043-205-8225  
E-mail [food-a@chiba-kensacenter.com](mailto:food-a@chiba-kensacenter.com)

○申込者 郵便番号 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
会社名(氏名) \_\_\_\_\_ 様  
代表者名 \_\_\_\_\_ 様  
担当者名 \_\_\_\_\_ 様  
TEL(連絡先) \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

○契約対象薬局 郵便番号 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
名称 \_\_\_\_\_ 様  
TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

○契約締結年月日 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 (予定)

○契約予定期間 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 から6年間

-----  
【センター記入欄】

|                |                                  |
|----------------|----------------------------------|
| ①申込書受理・確認      | 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ( ____ ) |
| ②契約書・請求書の作成・送付 | 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ( ____ ) |
| ③振込確認連絡受理      | 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ( ____ ) |
| ④返送分受理・保管      | 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ( ____ ) |
| ⑤整理簿入力・その他     | 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ( ____ ) |