

# 検査依頼書 (JIHFS会員様)

一般財団法人 茨城県薬剤師会検査センター 殿

受付番号	FO	総務部長	受付者		
請求番号		指定用紙 有・無			
採取・回収	番号記入	依頼入力	成績発送	請求作成	請求発送
現金・後納					
検査手数料	円	サンプリング手数料	円		
合計金額	円(税込)				
受付日	年 月 日	収入区分			
成績書発送期限	月 日				
同時発送	参照受付番号(親番号)				

表裏の太枠内へのご記入をお願いいたします。

## 記入例

分析目的	検査依頼の目的				
依頼者	ふりがな	ケンサ タロウ			
	氏名	検査 太郎			
	郵便番号	310-0852	住所	茨城県水戸市笠原町978-47	
	電話番号	029(306)9086	FAX番号	029(306)9076	検体持参者

検体種類 (○印で選択)	<input type="checkbox"/> 健康食品(形状: ) <input type="checkbox"/> 原材料(基原材料名: ) <input type="checkbox"/> その他( )
-----------------	---

検体名称 (商品名)	サプリメント名(商品名)
付記事項	Lot No. 賞味期限 年 月 日 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、記入してください。

検査項目 (セット項目)	<input type="checkbox"/> 崩壊試験 <input type="checkbox"/> 溶出試験 <input type="checkbox"/> 保存安定性試験 <input type="checkbox"/> 栄養成分検査 <input type="checkbox"/> 食品、食品添加物中の重金属検査 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。
-----------------	---

測定条件	詳細条件を具体的に記載もしくは計画書を別紙添付願います。
------	------------------------------

連絡先 (担当者)	検査 太郎
(電話番号)	029-306-9086

※ ご依頼の際には、検査手数料を添えてお申し込み下さい。(つり銭のないようご用意下さい)  
※ 検査成績書は出来次第、順次発送いたします。  
※ お問合せ電話番号 029-306-9086  
(試験担当者:技術部 西沢/営業担当:営業企画部 佐藤)

《裏面にも ご記入をお願いいたします。》

成績書 郵送先	□依頼者と同じ場合はチェックを入れてください。					
	ふりがな					
	氏名	郵送先が異なる場合は郵送先を記載して下さい。				
	郵便番号	—	住所			
	電話番号	( )	FAX番号	( )	担当者	
成績書 標 題	□依頼者と同じ □成績書郵送先と同じ					
	ふりがな					
	氏名	郵送先が異なる場合は郵送先を記載して下さい。			住所印刷	しない・する
	郵便番号	—	住所			

以下は、請求(後納)の方のみご記入下さい。

※請求書は近日中に郵送致します。尚、お振込みの際の振込手数料はご負担ください。成績書は検査終了時に入金確認が出来次第、発送となりますのでご了承下さい。

請求先 (請求書宛名)	□依頼者と同じ場合はチェックを入れてください。					
	ふりがな					
	氏名	請求先が異なる場合は請求先・請求担当者名を記載して下さい。				
	郵便番号	—	住所			
	電話番号	( )	FAX番号	( )	担当者	
請求書 郵送先	□依頼者と同じ □請求書宛名に同じ □成績書郵送先と同じ					
	ふりがな					
	氏名	請求先が異なる場合は請求先・請求担当者名を記載して下さい。				
	郵便番号	—	住所			
	電話番号	( )	FAX番号	( )	担当者	

採取時状況メモ(気づいた点があればお書き下さい。)

その他ご要望等がある場合は記載願います。

備 考(センター記入)

依頼書に記載された内容は検査の目的以外には使用しません。また、検査等について、他に提供することはありません。なお、検査結果をもとに、個々を特定できないデータとして、集計に使用させていただくことがあります。

(201303DL)