

# 検査成績書再発行依頼書



道薬検 一般財団法人 北海道薬剤師会公衆衛生検査センター 行

依頼日	年	月	日	※太枠内をご記入下さい		
依頼者	住所	〒				
	名称					
	担当者					
	TEL		FAX			

成績書番号	第	号
発行年月日	年	月 日
成績書の宛名		
希望部数	部	
再発行理由		
引渡方法	郵送 ・ 来所	
郵送先 <small>(依頼者と同一の場合は不要)</small>	〒	
再発行手数料 請求先 <small>(依頼者と同一の場合は不要)</small>	〒	

道薬検使用欄					
再発行手数料	再発行手数料 1部 1,000円(税別)				
	合計 円				
発行決済					再発行日 月 日

一般財団法人  
北海道薬剤師会公衆衛生検査センター  
〒062-0931 札幌市豊平区平岸1条8丁目6番6号  
TEL(011)824-1348 FAX(011)824-1627