|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第1号　　　　　 　輸入食品等試験検査依頼書  一般財団法人　北海道薬剤師会公衆衛生検査センター　行  下記について、検査を行いたいので関係書類を添えて依頼します。  依頼日　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 【依頼者】住　所 　 TEL    　　　　　名　称 　 　 FAX | | | | | | | | | |
| 【輸入者】住　所 TEL    　　 　名　称 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | | | | | | |
| 製品の名称 | | | | | | | | | |
| 製造者又は加工者の氏名及び住所 (法人にあたってはその名称及び主たる事務所の所在地) | | | | | | | | | |
| 製造所又は加工所の名称及び所在地 (加工食品以外の食品にあたっては生産地) | | | | | | | | | |
| 製品の保管場所 | | | | | | | | | |
| C / T  輸入数重量 　　　B / G ｋｇ  （ ） | | | | | | 到着年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 船名又は  航空機名 | | | | | | 貨物の記号  及び番号 | | | |
| 通関業者名及び住所（上記依頼者と異なる場合のみ） | | | | | | | | | |
| 検査に対する連絡者名 | | | | | | | | | |
| 見本持出許可申請書又は見本持出許可包括番号  　 No.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 検査に関する　 (一財) 道 薬 検  連絡担当者名 | | | | | | 検　　体 　(一財) 道 薬 検  採取者名 | | | |
| 検  査  結  果 |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | 検査  料金 | |  | 受付  番号 |  |