|  |
| --- |
| 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 |  |