

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

輸入数重量	C / T 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