

食品衛生検査依頼書

一般財団法人 北海道薬剤師会公衆衛生検査センター
〒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

※太枠内をご記入ください

依頼日(西暦)	年 月 日	受付日：			
依頼者	住所	〒			
	会社名 又は氏名				
	連絡担当者	所属		氏名	
		TEL		FAX	

※成績書宛名、請求書宛名、各送付先が上記と異なる場合は下記にご記入ください

成績書の宛名	住所	〒
	名称	
検査料の請求先	住所	〒
	名称	
成績書の送付先	住所	〒
	名称	

特記事項 <small>(成績書記載希望事項等)</small>							
製造年月日(任意)	年	月	日	賞味期限(任意)	年	月	日
試料名	一般生菌数	大腸菌群					受付番号

成績書受渡方法	<input type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> 来所	備考
結果 <small>※いずれか1つ選択ください</small>	<input type="checkbox"/> TEL	
	<input type="checkbox"/> FAX	
	<input type="checkbox"/> E-mail	
	<input type="checkbox"/> 不要	

						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">検査料金</td> <td></td> </tr> <tr> <td>受付番号</td> <td></td> </tr> </table>	検査料金		受付番号	
検査料金										
受付番号										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">受付者</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>					受付者					
受付者										