

一般財団法人 千葉県薬剤師会検査センター
〒267-0056 千葉県千葉市緑区大野台2-3-36
TEL 043 (205) 8225
FAX 043 (205) 7371

見積書番号	
依頼受付日	年 月 日

食品検査等 見積依頼書

以下、太枠内にご記入をお願い致します。

依頼日	年 月 日
-----	-------

依頼者 (社名)	フリガナ 名称		
	住所 〒 ー		
	ご担当部署	Tel :	
	ご担当者氏名	E-mail :	Fax :
分析目的			
試験品	品名 :		
	試験品形態、性状など		
	数量 :		
検査項目	<input type="checkbox"/> 輸入検査 <input type="checkbox"/> 自社品質試験 <input type="checkbox"/> その他 ()		
検査方法	<input type="checkbox"/> 食品衛生法準拠 <input type="checkbox"/> 自社検査法 (差し支えなければ資料を添付ください) <input type="checkbox"/> 日本薬局方準拠 <input type="checkbox"/> JIS規格準拠 <input type="checkbox"/> その他		
備考 (要望)	検査を通じて知り得た情報等の秘密保持を厳守致します。		