

一般財団法人千葉県薬剤師会検査センター 理事長 殿  
 〒267-0056 千葉県千葉市緑区大野台 2-3-36  
 TEL 043 (205) 8225 (代)  
 FAX 043 (205) 7371

検体番号	
依頼日	年 月 日

# 輸入食品等試験依頼書

保税貨物  内国貨物  先行サンプル

品名及びブランド名		試験品の状態 (常温・冷蔵・冷凍)	
輸入個数	Kg	貨物の記号及び番号	
重量 (N/W)			
船名又は航空機名		到着年月日	
輸入業者住所電話番号 FAX 担当者		生産国	
		製造所または包装者名	
		製造所または包装者住所	
蔵置場所		通関業者名担当者電話番号 FAX	
担当者	TEL		
採取希望日	月 日	検体採取者	
見本持出許可申請書又は見本持出包括申請書番号	第	号	年 月 日
試験項目			
1	4	7	
2	5	8	
3	6	9	
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。			
請求書宛先名		検査料	
送付宛先名		検体採取料	
送付先住所担当者	〒	消費税額	
		合計	