

## 製品検査依頼書

下記のとおり試験検査を依頼します。(下記口欄、該当箇所にレ点を入れ、その他は必要事項の記載をお願いします。)

※ 会社名、試験品名称、特記事項等はここに記載されたとおりに試験成績書に記載します。

### 自主検査

会社名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

請求先および住所 (上記会社名と異なる場合のみご記入ください。):

〒 \_\_\_\_\_

担当者名: \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

品番: \_\_\_\_\_ 原産国 \_\_\_\_\_

製品状態: (該当するものすべてにチェック)  試作品  最終製品  再発注

サンプルの名称/品名 \_\_\_\_\_

提示サンプルの数 \_\_\_\_\_ 対象年齢 \_\_\_\_\_

### 再検査情報:

これは前回不合格だったものの再検査ですか?  はい  いいえ

「はい」の場合、前回の当センター又は他の報告書を提示する必要があります \_\_\_\_\_

実施した具体的改善点: \_\_\_\_\_

依頼検査項目: \_\_\_\_\_

必要サービス  特急検査希望 (希望結果日: \_\_\_\_\_)

その他特別指示あり: \_\_\_\_\_

※成績書発行は1,500円/1通 になります。

複数の同類サンプルの成績書をあわせて1件として成績書発行する

(注意)厚生省輸入通関用の結果書が必要→食品薬品部 TEL043-205-5221 にお問い合わせください。

日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_

### 千葉薬使用欄:

受領日 \_\_\_\_\_ 受領者 \_\_\_\_\_ 期限 \_\_\_\_\_

受領合計数 \_\_\_\_\_ 管理職 \_\_\_\_\_

Chiba Ref.#: \_\_\_\_\_

この製品検査依頼書をFAXまたは、コピーを試験品と同封のうえ、持込又はご送付願います。[受付時間:9:00~15:30]

### [注意事項]

- ※ 試験を通じて知れた情報等の秘密保持を厳守します。
- ※ ここに記載された事項は、受付後、原則変更できませんので、事前にご確認願います。
- ※ 試験品等については、申し添えがない場合、原則返却いたしません。
- ※ 検査料金は、請求書に記載の口座へ納入期限内にお納めください。