

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

医薬品等 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	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医薬部外品 <input type="checkbox"/> 化粧品 <input type="checkbox"/> その他 () 品名 :		
	試験品形態、性状など		
	ロット数 :		
検査項目	<input type="checkbox"/> 品質試験 <input type="checkbox"/> 安定性試験 <input type="checkbox"/> その他 ()		
検査方法	<input type="checkbox"/> 日本薬局方準拠 <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"/> 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。			