

(様式-2)

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

| | |
|-------|-------|
| 試験品番号 | Q — — |
| 依頼受付日 | 年 月 日 |
| 見積書 | |

医薬品等検査依頼書

| | |
|-----|-------|
| 依頼日 | 年 月 日 |
|-----|-------|

| | |
|--|--|
| 依頼者 (社名) | フリガナ |
| | 名称 |
| | 住所 〒 — |
| | ご担当部署 Tel : Fax : |
| | ご担当者氏名 E-mail : |
| | 検体持参者 <input type="checkbox"/> ご担当者と同じ |
| 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 : ロット数 : ロット番号 : |
| 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 () |
| 納期 | 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 至急 (検体到着日より 営業日以内) その他 () |
| 備考 | 至急の場合、検査料に影響する場合があります。 また、依頼後キャンセルする場合はキャンセル料をいただく場合があります。 |
| 成績書 郵送先 | 氏名 : 所属 : <input type="checkbox"/> 依頼者欄と同じ 住所 : 〒 — Tel : Fax : |
| 請求先 | 氏名 : 所属 : <input type="checkbox"/> 依頼者欄と同じ 住所 : 〒 — Tel : Fax : |
| 請求書 郵送先 | 氏名 : 所属 : <input type="checkbox"/> 依頼者欄と同じ 住所 : 〒 — Tel : Fax : |
| 支払方法 | 現金 (<input type="checkbox"/> 受付時支払済 <input type="checkbox"/> 未納) <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> その他 |
| 搬入方法 | <input type="checkbox"/> 持込み <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 宅配便 <input type="checkbox"/> ケール宅配便 <input type="checkbox"/> センター採取 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 検体返却 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 :) |
| 記録等の 複写資料 | <input type="checkbox"/> 要 注) 記録等の複写の提出をご希望の場合、別途費用が発生致します。 <input type="checkbox"/> 不要 |
| 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。 | |
| 太線内のみ記入して下さい。 依頼書をあらかじめFAX(043-205-7371)していただき、本依頼書を試験品と同封の上、ご送付願います。 | |