

# 試 験 検 査 依 頼 書

(太枠内をご記入ください)

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

受付日	年	月	日
受付者			
検体番号	P		

請求先(依頼者と異なる場合は備考欄に記入してください)

住所	〒		
名称		TEL	
担当者		FAX	

検体の種類 医薬品・医薬部外品・化粧品・家庭用品

検体名	試験項目
数量	
Lot No.	
検体名	試験項目
数量	
Lot No.	
検体名	試験項目
数量	
Lot No.	

備考(試験方法・試験部位についての希望事項等)

※ ご依頼された試験結果・試験検査業務で知り得た情報を、依頼者の同意なしに他者に提供しません。