

医薬品検査依頼書

(平成 年度)

調定番号()

医薬品名	精製水	製造番号 (ロット番号)	〇〇-△
製造会社又は販売会社名	△△会社		
購入年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	開封年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
有効期限	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日		
保存状況	保冷庫		
試験項目	一般細菌数		
(備考)			

各項目について、記入してください。

上記のとおり医薬品検査を依頼します。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 群馬県前橋市〇〇町〇-〇〇-〇

氏名 環境 太郎

印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

一般社団法人 群馬県薬剤師会環境衛生試験センター 様

(検体番号)

依頼日を記入してください。

会社名、所属、担当者の氏名を記入し押印してください。会社印が押印出来ない場合は、担当者の押印をお願いします。★郵便番号、住所、電話番号も必ず記入してください。

医薬品検査センター記入欄:

--