

医薬品検査依頼書

(年度)

調定番号()

医薬品名		製造番号 (ロット番号)	
製造会社又は 販売会社名			
購入年月日	年 月 日	開封年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日		
保存状況			
試験項目			
(備考)			

上記のとおり医薬品検査を依頼します。

西暦 年 月 日

〒 ー
住所

氏名 印

電話番号 ー ー

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)

医薬品検査センター記入欄:

--