

医薬品検査依頼書

(年度)

一般社団法人 群馬県薬剤師会長 様

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

〒

住所

氏名

印

電話番号

(検体番号)

医薬品検査センター記入欄:

一般社団法人 群馬県薬剤師会 環境衛生試験センター 新館

〒371-0013 群馬県前橋市西片貝町五丁目23番地の10

TEL 027-223-6355 FAX 027-243-2967