

MR-MK09-4(第1版)

医薬品試験検査依頼書

(年度)
顧客番号

(一財)群馬県薬剤師会環境衛生試験センター 代表理事 様

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		
保管条件			
試験項目			
医薬品返却希望	有 無		
(備考)			

上記のとおり医薬品試験検査を依頼します。

西暦 年 月 日

〒

住所

氏名

印

電話番号

(試料番号)

試験センター記入欄:

※試料確認事項

- 依頼書との同一性
 試料の状態及び量
 試料の運搬状況

受付場所

(一財)群馬県薬剤師会環境衛生試験センター

〒371-0013 群馬県前橋市西片貝町五丁目23番地10

TEL 027-223-6355

FAX 027-243-2967