

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	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		
保管条件	保冷庫		
試験項目	一般細菌数		
医薬品返却希望	有	無	
(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試験検査を依頼します。

西暦 〇〇〇〇 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

(試料番号)

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。

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