

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	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。

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

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。

(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