

検査依頼書(成績発行書)

No. _____

※太枠内青網掛け部分は必ずご記入下さい。

受付年月日	受付者	搬入方法
令和 年 月 日 午前・午後 時 分		<input type="checkbox"/> 持込み <input type="checkbox"/> 引取 <input type="checkbox"/> 郵送(普通・冷蔵) <input type="checkbox"/> サンプリング

本依頼書に記述された情報は、成績書、業務連絡、事業活動及び提供するサービス以外には使用しません。

依頼者名			担当部署		
			担当者		
依頼者住所	〒		TEL	()	-
			FAX	()	-
採取日時	令和 年 月 日	午前・午後 時 分	採取者		
検体名及び採取場所	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ <input type="checkbox"/> 別紙				検体数
					検体
検査材料及び数	<input type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 煙道排ガス検査	<input type="checkbox"/> 空気検査	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 検便	<input type="checkbox"/> フードスタンプ	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 家庭用品・化粧品	<input type="checkbox"/> 砂場	<input type="checkbox"/> 簡専施設検査	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 別紙				
検査項目					
検査方法					
成績書受領	方法	郵送・窓口	事前連絡	要・不要	TEL・FAX () - / 済
	成績書宛名	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ(宛名) (住所)〒 - <input type="checkbox"/> 右記			
	郵送先宛名	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ(宛名) (住所)〒 - <input type="checkbox"/> 右記			
検査手数料	請求書宛名	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ(宛名) (住所)〒 - <input type="checkbox"/> 右記			
	見積り(有・無) 契約(有・無)	手数料	検査料	・その他の経費 ・消費税	・合計金額 ¥
検体返却	要・不要	容器	センター・その他	容器返却	要・不要 納期 月 日
請求書様式	<input type="checkbox"/> センター用紙 <input type="checkbox"/> 県・市・町用紙 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> まとめる(日締)			入金	発送・渡し 請求 手数料
備考					

注意事項

- 1: 成績書発行後は、成績書の訂正はできませんので、記入事項は十分ご確認ください。
- 2: 成績書の再発行は、発行後3年以内に限りです。
- 3: 成績書の再発行手数料は、1検体あたり¥500(税抜)いただきます。
- 4: 提出された検体・容器は、受付時に返却を求められない限り、廃棄いたします。

一般社団法人香川県薬剤師会
 検査センター
 高松市亀岡町9番20号
 TEL 087-834-5145
 FAX 087-837-7901