

## 薬局製剤中の定量試験 申込書

一般財団法人 北陸公衆衛生研究所 行

太枠内は、記載必須事項となっております

ご依頼日	平成 年 月 日		
フリガナ		フリガナ	
ご依頼者名 又は貴社名	印	ご担当者名	
		部署名	
住所	〒		
電話・FAX	( TEL )	( FAX )	
E-mail			
報告書宛名		報告書部数	部(1部追加につき500円)
お支払条件	<input type="checkbox"/> 成績書・請求書到着後 日以内		
	<input type="checkbox"/> 日締め 日支払		
検体発送時の温度	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍		
残試料の取扱い	<input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 廃棄 ※ご指定ない場合は廃棄します。返却の場合送料はお客様のご負担となります		

ご請求先がご依頼者と異なる場合は必ずご記入ください。

フリガナ		( TEL )
ご請求先名		( FAX )
住所	〒	

### 検査内容

検体名称 (ご記入通り成績書に記載します。)	検査項目								
	御見積書 右上の番号をご記入下さい								
特記事項 (ご記入通り成績書に記載します)									
連絡事項	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">財団 記入</td> <td style="width: 20%;">単 価</td> <td style="width: 20%;">検体数</td> <td style="width: 30%;">合 計</td> </tr> <tr> <td>検査手数料 (税抜き)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">×</td> <td style="text-align: center;">=</td> </tr> </table>	財団 記入	単 価	検体数	合 計	検査手数料 (税抜き)		×	=
財団 記入	単 価	検体数	合 計						
検査手数料 (税抜き)		×	=						

#### <注意事項>

- ・ 試料の状態や夾雑物の影響等により分析できない場合があります。
- ・ ご依頼により得られる情報および検査結果はご依頼者の同意なしに第三者に漏洩することはありません。
- ・ その他の注意事項はホームページに掲載していますので必ずご確認の上ご依頼ください。
- ・ 成績書発行後は、原則として成績書宛名・検体名称は変更できません。

<p>【試料送付先】 一般財団法人 北陸公衆衛生研究所</p> <p>〒910-0026 福井市光陽4丁目4-6 TEL: 0776-22-0699 Fax: 0776-22-2606</p>	<p>受領印</p>
--	------------