

# 検査依頼書

年 月 日

一般社団法人  
長野県薬剤師会 会長 様

《依頼者》 住所 〒(      -      )  
(結果書掲載名)

次の内容の検査を依頼します。

氏名 : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_

受付番号 : \_\_\_\_\_

《結果書送付先》 住所 〒(      -      )

氏名 : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_

《請求書》

宛名 : \_\_\_\_\_

依頼区分	薬事関連検査		
試料種別・試料名	医薬品・医薬部外品・化粧品・医療機器・その他 (具体的な製品名、ロットなどをお書きください)		
検査項目			
備考欄	(その他必要事項ありましたらをお書きください)		
検査料	未請求・請求済・領収済	請求額	受付担当者
結果書発行日			入力確認
請求書発行番号			
※お問合せ先：長野県薬剤師会検査センター 〒390-0802 長野県松本市旭2-11-20 TEL : 0263-32-0276、FAX : 0263-36-0665			