様式3号

検査依頼書

所　長	検査部長	検査責任者	担当者

No.

受付年月日	受付者	搬入方法
令和　年　月　日 午前・午後　時　分		□持込み　□引取 □郵送(普通・冷蔵) □ｻﾝﾌﾟﾘﾝｸﾞ

※太枠内青網掛け部分は必ずご記入下さい。

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	□別紙	検体数	検体

検査材料及び数	□医薬品		□煙道排ガス検査		□空気検査		□砂場	
	□家庭用品・化粧品		□検便		□フードスタンプ		□	
	□		□		□		□	

検査項目	□別紙
検査方法	

成績書等受領	方法	郵送・窓口	事前連絡	要・不要　TEL・FAX　(　　)　－	/　済
	成績書宛名	□依頼者に同じ(宛名) □右記	(住所)〒　－		
	郵送先宛名	□依頼者に同じ(宛名) □右記	(住所)〒　－		
	請求書宛名	□依頼者に同じ(宛名) □右記	(住所)〒　－		

検査料金 見積り(有・無) 契約　(有・無)	・検査料	・その他の経費 ・消費税	・合計金額　¥			
検体等返却希望の場合は○	検体・容器	返却方法	窓口・送付(着払)	納期	月　日	
請求書様式	□県・市・町用紙　□まとめる(　日締) □その他			発送・渡し	請求	手数料
備　考		受入検査	検体量 □適合 □不適合	状態 □適合 □不適合		□未収 □現収 年　月　日

注意事項　　2025-4

1：成績書発行後は請求先、成績書上の依頼者名、検体名共に変更できません。
2：成績書の再発行は、発行後3年以内に限ります。
3：成績書の再発行は、手数料をいただきます。
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　〒760-0006香川県高松市亀岡町9番20号　TEL 087-834-5145　FAX 087-837-7901