

輸入食品等試験検査依頼書

公益社団法人 長崎県食品衛生協会 様

受付番号
 依頼年月日 年 月 日
 受付年月日 年 月 日

下記のとおり試験検査を依頼します。

「太枠内のみご記入下さい」

依頼者名	会社名	代表者名	印	ご担当者名
住 所	〒			部 課
	TEL	FAX		様
成績書の宛名				ご担当者名
住 所	〒			部 課
	TEL	FAX		様
請求書宛名				ご担当者名
住 所	〒			部 課
	TEL	FAX		様
供試品名称				
輸入数重量	C/S C/T B/G	Kg	貨物の記号 及び番号	
船名又は航空機名				
輸入業者名			到着年月日	年 月 日
住 所			生産国	
電話番号			及び	
通関業者名			製造所名	
電話番号				
見本持出許可申請書又は見本持出包括申請書番号				年 月 日
試 験 項 目				
採取希望日時	年 月 日	時	(その他の確認事項)	
蔵置場所				
担当者				
電話番号				

検査手数料	領・未	採取者名	
終了予定日		発送方法	郵送(普通・速達)

*成績書発行後は、成績書宛名及び検体名称は変更できません。