

輸入食品等試験依頼書

依頼日 令和 年 月 日

公益社団法人大分県薬剤師会 検査センター 殿
下記のとおり試験(検査)を依頼します。

依頼者	住所 〒 —		
	ふりがな 氏名 印 TEL () —		
手数料 請求先	住所 〒 — 氏名 TEL () —		
結果書 受取者	住所 〒 — 氏名 TEL () —		1. 郵送 2. 窓口

※ 品名 及び ブランド名			
※ 輸入数重量	C/T・C/S・B/G kg		
※ 貨物の記号 及び 番号			
※ 船名 又は 航空機名		※ 到着年月日	年 月 日
※ 輸入業者名 住 所 電話番号	TEL () —		
※ 生産国 及び 製造所(者) 名			
使用用途 (器具等の場合)			
通関業者名 電話番号	TEL () —	見本持出許可 申 請 書 又は 見本持出包括 申 請 番 号	年 月 日
蔵置場所 住 所			
採取予定日時	年 月 日 (AM・PM)		
担 当 者	ふりがな 氏名 所属 TEL() —		
試験項目		連絡事項	
(備 考)			

※ の記入欄については食品等輸入届出書の記載通りに記入してください。