残留農薬分析依頼書

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	
	電話	(_____)	_____
手数料 支払者	<small>依頼者と異なる場合のみご記入ください</small>		
	住所 〒 _____ 氏名	TEL (_____)	_____
結果書 送付先	<small>依頼者と異なる場合のみご記入ください</small>		
	住所 〒 _____ 氏名	TEL (_____)	_____
			1. 郵送 2. 窓口

品目名 又は 試料(検体)名			
採取場所			
採取者	ふりがな 氏名	(所属)	TEL (_____) _____
☐ 採取 年月日 ☐ 製造 年月日	年 月 日		
結果書備考欄			

依頼項目	1. 一斉分析	☐ 65セット	(溶媒抽出GC/MS法)
		☐ 125セット	
		☐ 65セット	(溶媒抽出LC/MS/MS法)
		☐ 125セット	
		☐ 258セット	
		☐ 320セット	(溶媒抽出 GC/MS法+LC/MS/MS法)
	☐ 467セット		
2. 個別分析 (食品衛生法 ・ その他 (_____))			
個別分析の場合希望項目 (農薬名)を 右へ記入して ください。			
(備考)			

センター確認事項

検体搬入時の状態 ☐ 常温 ☐ 冷蔵 ☐ 冷凍	検体の返却 ☐ 必要 ☐ 不要	重量 _____ g
---	--	---------------