依頼-005-1_1.00

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	依頼者と異なる場合のみご記入ください 住所 〒　　－ 氏名 TEL(　　)　　－	
結 果 書 送 付 先	依頼者と異なる場合のみご記入ください 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)
		□　４７４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)	検査目的等		

センター確認事項

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