

(様式-1)

一般社団法人 大阪府薬剤師会
試験検査センター

〒540-0019 大阪市中央区和泉町1丁目3番8号

受付番号	A	-				
受付日	年 月 日					
受付方法	搬入・採取	顧客種別				
試料数	件	顧客コード				
試験成績書	手渡し・郵送	受付者				

医薬品等試験検査依頼書

依頼者	フリガナ					フリガナ	
	名称					担当者名	
	住所 〒		-				
	TEL	()	FAX	()			
1	試料名 ロット番号						
	検査項目						
	規格	<input type="checkbox"/> 日本薬局方 (改正)	<input type="checkbox"/> 日本薬局方外医薬品規格	<input type="checkbox"/> 依頼者提示の方法	<input type="checkbox"/> その他 ()		
2	試料名 ロット番号						
	検査項目						
	規格	<input type="checkbox"/> 日本薬局方 (改正)	<input type="checkbox"/> 日本薬局方外医薬品規格	<input type="checkbox"/> 依頼者提示の方法	<input type="checkbox"/> その他 ()		
3	試料名 ロット番号						
	検査項目						
	規格	<input type="checkbox"/> 日本薬局方 (改正)	<input type="checkbox"/> 日本薬局方外医薬品規格	<input type="checkbox"/> 依頼者提示の方法	<input type="checkbox"/> その他 ()		
4	試料名 ロット番号						
	検査項目						
	規格	<input type="checkbox"/> 日本薬局方 (改正)	<input type="checkbox"/> 日本薬局方外医薬品規格	<input type="checkbox"/> 依頼者提示の方法	<input type="checkbox"/> その他 ()		
5	試料名 ロット番号						
	検査項目						
	規格	<input type="checkbox"/> 日本薬局方 (改正)	<input type="checkbox"/> 日本薬局方外医薬品規格	<input type="checkbox"/> 依頼者提示の方法	<input type="checkbox"/> その他 ()		

備考: 検査に際しての注意事項、ご要望等ご記入ください。

標準品 有り 無し 担当者:
 残り試料 要返却 返却不要
 その他 : 注意事項等ございましたら下の欄にご記入ください。

当会使用欄	
発行1	発行5
発行2	確認1
発行3	確認2
発行4	確認3