輸入食品等試験依頼書

受付月日	年　　月　　日
受付番号	

※ 食品等輸入届出書の記載どおりに太枠内をご記入ください。

依頼日	年　　月　　日		
品　　名		ブランド名	
輸入数重量	C/S C/T　　kg B/G	着港年月日	
輸入業者	住 所 業者名　　TEL		
船名又は航空機名		貨物の記号及び番号	B/L NO.
製造所名		通関業者名 電話番号	担当者: TEL:
製造所住所			
請求書宛名及び送付先 ※通関業者以外の場合、ご記入ください。			
見本持ち出し許可申請書又は 見本持出包括申請書番号	No 年　　月　　日		
検査に関する連絡担当者名 電　話　番　号	017-762-3620	検体採取者 （法人名）	（一般財団法人青森県薬剤師会 食と水の検査センター）

検査項目	手数料	備考
検体採取手数料		
合計　　円(非課税)		

一般財団法人青森県薬剤師会 食と水の検査センター
〒030-0142 青森市大字野木字山口164-43
TEL:017-762-3620 FAX:017-762-3660