

# 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 B/G	kg	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
製造所住所			電話番号 担当者: TEL:
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)
<b>検査項目</b>	<b>手数料</b>	<b>備考</b>	
検体採取手数料			
<b>合計</b>		<b>円(免税)</b>	

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