

FAX番号：027-269-7805

公益財団法人群馬県健康づくり財団

検査部 検査企画課 行

### 検体回収サービス申込票

|                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 回収を希望する<br>事業所・施設の名称  |              |
| 回収を希望する<br>事業所・施設の所在地 |              |
| 担当者名                  | 所属名：         |
| 担当者連絡先                | TEL：<br>FAX： |

|           |                    |
|-----------|--------------------|
| 依頼する検査の種類 | 食品検査 ・ 水質検査 ・ 計量証明 |
| 検査依頼品の名称  |                    |
| 検査依頼品の状態  | 常温 ・ 冷蔵 ・ 冷凍       |
| 依頼検査項目    |                    |
| 依頼予定検体数   |                    |
| その他留意事項   |                    |

|          |  |
|----------|--|
| 希望検体回収日  |  |
| 検体引き渡し方法 |  |
| その他留意事項  |  |

☆検体回収時間についての指定はいただけません。概ね8:00から14:00の間に伺うこととなります。

(財団使用欄につき、以下についてご記入は不要です)

|           |   |        |   |   |         |
|-----------|---|--------|---|---|---------|
| 検査室<br>伝達 | ／ | 本票写し手交 | ⇒ | ／ | 本票引渡    |
|           |   |        |   | ／ | 回収担当者伝達 |