

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

**\*ご希望日からできるだけ近い日程をご提案させていただきます。**

**☆検体回収時間についての指定はいただけません（8:00から14:00）**

希望検体回収日*	
検体引き渡し方法	
その他留意事項	

(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 伝達	/	本票写し手交	検体回収 予定管理者	⇒	/	本票引渡
					/	回収担当者伝達