

様式第1号

製 品 検 査 申 請 書

年 月 日

一般財団法人 茨城県薬剤師会検査センター  
理事長 殿

申請者住所

申請者氏名

(法人の場合はその所在地, 名称及び代表者名)  
電話番号  
連絡担当者

下記製品について検査を受けたいので、食品衛生法第 条 項の規定により申請いたします。

検査対象食品等の名称 並びに数量及び重量	
製造所又は加工所名及 び所在地又は生産地	
検査命令書の発行年月 日及び番号	年 月 日 第 号
輸入届出受付番号	
製品の着港年月日	
試験品の数量及び重量	
製造又は加工年月日	年 月 日
製造又は加工番号	
検 査 項 目	
その他特記事項	