

検査受付票

F A X 076-269-2391

一般財団法人石川県予防医学協会 行

受付番号	
受付年月日	年 月 日
検体到着予定日	2022 年 4 月 5 日

※ 下記注意事項をご確認の上、太枠内をご記入ください。

ご依頼者 (ご連絡先)	フリガナ: <u>イッパンザイダンホウジン</u> <u>イシカワケンヨボウイガクキョウカイ</u>
	名称: <u>一般財団法人 石川県予防医学協会</u>
	〒 <u>920-0365</u> 住所: <u>石川県金沢市神野町東115番地</u>
	連絡担当者: 部署: <u>環境検査部</u> 氏名: <u>予防太郎</u> TEL: <u>076-269-2344</u> FAX: <u>076-269-2391</u>
【緊急連絡先】	TEL:
異なる場合のみ記入 上記のご依頼者様と	<input type="checkbox"/> 報告書 宛名 名称:
	<input type="checkbox"/> 請求書 住所:
	<input type="checkbox"/> 報告書 送付先 名称:
	<input type="checkbox"/> 請求書 住所:
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red;"> 上記のご依頼者様と異なる場合のみご記入ください。 </div>	
結果書書式	全検体一括 ・ <u>検体別</u>
結果のFAX	<u>不要</u> ・ 要 ※ メールでの速報は、受け付けておりません。
希望の場合のみ記入	返却品 検体 ・ 容器
	返却方法 窓口 ・ 宅配便(着払い)
書類のお渡し方法	<u>郵送</u> ・ 窓口
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red;"> 返却を希望される場合のみご記入ください。 </div>	

検体名	検査項目
①	
検査部位指定	結果書・記載事項(製造日・期限表示・ロット番号等の記載が必要な事項をご記入ください)
無・有()	

その他のご要望等	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red;"> 注意事項を必ずご確認ください。 </div>
----------	---

【注意事項】 必ずお読みください。

- ・ 結果書発行後は、依頼者名・請求先・検体名ともに変更できません。
- ・ 至急対応の場合、検査料金は5割増となります。
- ・ 検査方法は、指定の方法がない場合は各種規定に基づく方法、あるいは当協会の方法によります。
- ・ 結果書の再発行は発行後1年以内に限ります。再発行手数料を別途申し受けます。

問い合わせ先 / 送付先	一般財団法人 石川県予防医学協会 環境検査部 〒920-0365 金沢市神野町東115番地 TEL: 076-269-2344	担当者
--------------	--	-----