

試験検査設備の利用契約申込書

令和 ____年 ____月 ____日

○申込先 一般財団法人 千葉県薬剤師会検査センター 食品薬品部
〒267-0056 千葉県千葉市緑区大野台2-3-36
FAX 043-205-7371
担当者 古川 TEL 043-205-8225
E-mail food-a@chiba-kensacenter.com

○申込者 郵便番号 _____
住所 _____
会社名(氏名) _____ 様
代表者名 _____ 様
担当者名 _____ 様
TEL(連絡先) _____ FAX _____

○契約対象薬局 郵便番号 _____
所在地 _____
名称 _____ 様
TEL _____ FAX _____

○契約締結年月日 令和 ____年 ____月 ____日 (予定)

○契約予定期間 令和 ____年 ____月 ____日 から6年間

【センター記入欄】

①申込書受理・確認	令和 ____年 ____月 ____日(____)
②契約書・請求書の作成・送付	令和 ____年 ____月 ____日(____)
③振込確認連絡受理	令和 ____年 ____月 ____日(____)
④返送分受理・保管	令和 ____年 ____月 ____日(____)
⑤整理簿入力・その他	令和 ____年 ____月 ____日(____)