

検査申請書（輸入自主検査）

公益社団法人 鹿児島県薬剤師会会長 殿

令和 年 月 日	
成績書番号	
試験品番号	

食品衛生法に基づく検査を申請します。

申請者(成績書記載) (法人はその名称及び主たる事務所の所在地) 申請者 代行

会社名				会社名			
住 所				住 所			
電 話		FAX		電 話		FAX	
担当者				担当者			

品名及び ブランド名		輸入届出受付番号	
		貨物の記号及び番号	
輸入総重量	C/S C/T B/T	着港年月日	令和 年 月 日
試験品の数量 及び重量		船名又は航空機名	
生産国 製造所の名称及び 所在地			

☐ 申請者と同じ 輸入業者	会社名		(成績書記載) 通関業者	会社名	
	住所			住所	
	電話番号			電話番号	
				F A X	
				担当者	

見本持出許可申請書又は 見本持出包括申請書番号		試験品採取希望日	令和 年 月 日
	令和 年 月 日	試験品採取日	令和 年 月 日

採取試験品 場所	倉庫名	□ 倉庫 □ コンテナ	
	所在地		
	担当者	試験品採取者	

検査項目	手数料	成績書 送付先	会社名	
			FAX	
		請求書送付先		
		請求書送付先		
		特記事項 (試験法の指定等)		
サンプリング料 (～ 分)		備考		
交通費 (～ km)				
合計				

区分責任者	区分責任者	理化学	細菌学	発送(手渡)完了	発送準備	発行	入力チェック	入力	受付

決裁予定日：