飼料等薬物検査依頼書**（カテゴリーＡ用）**

 　 　　　　　　　　第　　　　　　号

 　 　　　　　　　年 　　月　 　日

公益財団法人競走馬理化学研究所

　理　　事　　長　　　殿

 　 　　　　　依 頼 者　　　　　　　　　　　　印

 　 　　　　　住　 所

 　 　　　　　担 当 者　　　　　　　　　　　　印

 　 　　　　　電話番号

 　 　　　　　FAX番号

 　 　　　　　E-mail

下記のとおり飼料等薬物検査を依頼します。

記

　検査材料：　該当する項目に☑してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※検査番号 | 品　名コード | 種 別 | 製造場所 | オプション検査 | 品名（仕様） | 提出数量 | 製造番号 | 製造元 | 馬に対する１日の使用量 |
| 製造年月日 | 発売元・販売元・輸入元 |
|  |  | □医薬品□動物用医薬品□医薬部外品 | □国内□外国 | □追加 |  |  |  |  |  |
|  | □発売元□販売元□輸入元 |  |
|  |  | □医薬品□動物用医薬品□医薬部外品 | □国内□外国 | □追加 |  |  |  |  |  |
|  | □発売元□販売元□輸入元 |  |
|  |  | □医薬品□動物用医薬品□医薬部外品 | □国内□外国 | □追加 |  |  |  |  |  |
|  | □発売元□販売元□輸入元 |  |
|  |  | □医薬品□動物用医薬品□医薬部外品 | □国内□外国 | □追加 |  |  |  |  |  |
|  | □発売元□販売元□輸入元 |  |
| 検査材料の返却 | 　□返却不要　　□着払いによる返却　　□来所による返却　返却に係る配送料等の経費はご依頼者負担となります。 |
| 依頼に当たっての留意事項　下記事項に同意します。　□（同意する場合に☑してください。）・　公益財団法人競走馬理化学研究所飼料等薬物検査受託規程の記載事項を承諾すること。・　検査材料及び検査材料に係る情報に瑕疵がある場合、検査成績について公益財団法人競走馬理化学研究所は一切の責任を負わないこと。　下記事項を誓約します。　　□（誓約する場合に☑してください。）　　・　飼料等薬物検査依頼要領第７項に規定する反社会的勢力でないこと並びに現在及び将来において同項第１号から第５号の規定に該当していること。 |
| 特記事項 |  |
| ※検査材料受付確認 　　　年　　月　　日　　　時　　分 確認者　　　　　　　　　　　　　印 |

※欄は記入しないでください。