

飼料等薬物検査依頼書 (カテゴリーA用)

第 年 月 日 号

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		
		<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 動物用医薬品 <input type="checkbox"/> 医薬部外品	<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 外国	<input type="checkbox"/> 追加				<input type="checkbox"/> 発売元 <input type="checkbox"/> 販売元 <input type="checkbox"/> 輸入元		
		<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 動物用医薬品 <input type="checkbox"/> 医薬部外品	<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 外国	<input type="checkbox"/> 追加				<input type="checkbox"/> 発売元 <input type="checkbox"/> 販売元 <input type="checkbox"/> 輸入元		
		<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 動物用医薬品 <input type="checkbox"/> 医薬部外品	<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 外国	<input type="checkbox"/> 追加				<input type="checkbox"/> 発売元 <input type="checkbox"/> 販売元 <input type="checkbox"/> 輸入元		
		<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 動物用医薬品 <input type="checkbox"/> 医薬部外品	<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 外国	<input type="checkbox"/> 追加				<input type="checkbox"/> 発売元 <input type="checkbox"/> 販売元 <input type="checkbox"/> 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。