

飼料等薬物検査依頼書 (カテゴリーC (6薬物) 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	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"/> 単体飼料 <input type="checkbox"/> 補助飼料 <input type="checkbox"/> 配合飼料	<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 外国				<input type="checkbox"/> 発売元 <input type="checkbox"/> 販売元 <input type="checkbox"/> 輸入元	
		<input type="checkbox"/> 単体飼料 <input type="checkbox"/> 補助飼料 <input type="checkbox"/> 配合飼料	<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 外国				<input type="checkbox"/> 発売元 <input type="checkbox"/> 販売元 <input type="checkbox"/> 輸入元	
		<input type="checkbox"/> 単体飼料 <input type="checkbox"/> 補助飼料 <input type="checkbox"/> 配合飼料	<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 外国				<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		<input type="checkbox"/> 返却不要 <input type="checkbox"/> 着払いによる返却 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> (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。 下記事項を誓約します。 <input type="checkbox"/> (誓約する場合に☑してください。) ・ 上記の製造番号の商品は、競馬主催者が指定する施設内において「流通していない」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。