

令和 7 年度計画的試験検査参加申請書

所屬地域薬名 _____ 薬剤師会 _____ 薬局名 _____

TEL _____

ご担当者名 _____

提出される検体の商品名・ロット・使用期限・開封年月・保管状況などをご記入ください。

・商品名 _____

・製造会社名 _____

・ロット _____

・使用期限 _____

・箱の開封年月 令和 _____ 年 _____ 月

・開封後の保管状況

(PTP 包装・バラして気密容器・それ以外は下記に記入下さい)

・特記事項

参加費支払方法

口座引去	※ご登録済みの応能会費等の引去用口座から自動引落し(引落予定日：12 月 10 日頃)させていただきます。
------	---

令和 7 年 10 月 10 日(金)までに、県薬剤師会試験センターまでご返送ください。

《連絡先》 TEL ; 099-253-8935
(公社) 鹿児島県薬剤師会試験センター
小斉平・桑木野