

飼料検査依頼書

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
住 所
担 当 者
電 話 番 号
FAX 番 号
E-mail

下記のとおり飼料検査を依頼します。

記

検体： 該当する項目に☑してください

※ 検査 番号	品 名 コード	品名 (仕様)	製造番号	提出数量	馬に対する 1日の最大 使用量
検体の返却		<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 次の事項に同意します（同意する場合に☑してください）。 <input type="checkbox"/> 公益財団法人競走馬理化学研究所馬の飼料検査受託規程の記載事項を承諾すること。 <input type="checkbox"/> 検体及び検体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。 次の事項を誓約します（誓約する場合に☑してください）。 <input type="checkbox"/> 飼料検査依頼要領第6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。 <input type="checkbox"/> 上記の製造番号の商品は、競馬主催者の施設内において「流通していない」こと。					
特記事項					
※検体受付確認 年 月 日 時 分 確認者					

※欄は記入しないでください。