令和　　年　　月　　日

長崎県環境保健研究センター所長　様

　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

細　菌　等　検　査　依　頼　書

以下のとおり検査を依頼しますので、よろしくお願いします。

１．検査の目的

２．手数料の納付方法（オンライン納付又は納付書のいずれかを〇で囲ってください）

・オンライン納付

　　　・納付書（手数料額が確定後、センターで納付書を発行します）

（以下の項目は申請者と協議のうえ、センターで記入します）

３．手数料

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 手数料名 | 区　分 | 件数 | 単　価 | 金　額 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　手数料計 |  |