

		<h1>시험의뢰서</h1>			접수	승인
접수번호		접수일자		성적서발급예상일자		
신청인	업체명 파인메딕스	사업자등록번호	000-00-00000			
		전화번호	사무실 053-741-8388 팩 스 053-741-8168			
	소재지 대구광역시 동구 울암로 140-9					
	성 명(대표자) 전성우,김성철					
	담당자 홍길동	HP	010-1234-4567			
	E-mail	fmtest@finemedix.com				
의뢰 목적	<input type="checkbox"/> 자가품질관리용 <input checked="" type="checkbox"/> 밸리데이션용 <input type="checkbox"/> 유효기간설정용 <input type="checkbox"/> 기타()					
성적서 구분	<input type="checkbox"/> 공인성적서 <input checked="" type="checkbox"/> 비공인성적서 <input type="checkbox"/> 기타()					
성적서 양식	<input checked="" type="checkbox"/> 국문 <input type="checkbox"/> 영문		측정불확도	<input type="checkbox"/> 명시 <input checked="" type="checkbox"/> 비명시		
의뢰내용	NO.	시료명 (시료번호)	시험항목	수량	시험방법 (규격명)	비고
	1	Clear-Tip EUS-FNA (FM-CTA003)	무균시험	4EA	대한약전	Lot no. 002201DT
	2					
	3					
	4					
	5					
시료상태 확인 내용	시료 보관 온도 : <input type="checkbox"/> 냉장 <input type="checkbox"/> 냉동 <input checked="" type="checkbox"/> 실온 기타사항 (포장상태 및 이탈 내용 등) :					
특이사항(적합성진술요청 등)						
발급방법	<input type="checkbox"/> 직접 <input checked="" type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 팩스 <input type="checkbox"/> 기타()					
시료처리 요청사항	<input type="checkbox"/> 반환 <input checked="" type="checkbox"/> 폐기 <input type="checkbox"/> 보관(3개월) <input type="checkbox"/> 기타 ()					
위와 같이 시험 의뢰를 신청합니다.						
수집 및 이용 목적	수집 항목		보유 및 이용기간	동의 여부		
접수, 성적서, 세금계산서	성명, 소속, 연락처, 이메일, 팩스, 사업장 정보(회사명, 주소, 사업자등록번호)		5년	<input checked="" type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 비동의		
신청일 : 2023 년 06 월 16 일 의뢰자(대리인) : 홍길동 (인)						
*의뢰하신 시료는 반환되지 않으며, 신규업체는 사업자등록증 사본을 첨부바랍니다. *「(주)파인메딕스 수수료 규정」에서 정한 시험의뢰 수수료						
(주)파인메딕스 귀하						