

滤芯验证申请单

滤芯验证申请单			
客户名称:			
药品数量:		药品名称:	
联系人:		电话:	
验证项目:	细菌挑战 <input type="checkbox"/>	费用:	
	化学相容性 <input type="checkbox"/>		
	溶出物 <input type="checkbox"/>		
	吸附性 <input type="checkbox"/>		
	完整性 <input type="checkbox"/>		
	重复性 <input type="checkbox"/>		
项目数量总计:		总费用:	
验证滤芯:	零界 <input type="checkbox"/>	其他品牌 <input type="checkbox"/>	_____
申请人:		审核人:	
申请日期:		送样日期:	

注：验证周期为45天，如果需要配置药品，时间需延长。费用一栏按实际填写，如果没有用/填写。