

GeneFields-Meat 検査依頼書

<検査概要>

1. 必要検体量 : 50g/1検体
2. 検査費用 : 15,000円(税別)/1検体
3. 実施検査 : クラボウ製 Gene Fields-Meatによる肉種遺伝子検査

下記注意事項についてご確認の上、太枠内をご記入ください。

検体到着予定日	20	年	月	日	検体送付・保管条件(番号を記入)		1.室温	2.冷蔵	3.冷凍
(「ご依頼者」様と異なる場合にご記入下さい)	会社名:		所属:(事業部、部、課)		氏名:		検査結果表速報(番号を記入)		
	Company name:						1.必要 2.不要		
	住所: 〒		TEL:		FAX:				
			(E-mail:)						
ご請求先	会社名:「ご依頼者」様と異なる場合にご記入下さい		所属:(事業部、部、課)		氏名:		検査結果表速報(番号を記入)		
	住所: 〒		TEL:		FAX:		1.必要 2.不要		
			(E-mail:)						
検査結果表送付先	会社名:「ご依頼者」様と異なる場合にご記入下さい		所属:(事業部、部、課)		氏名:		検査結果表速報(番号を記入)		
	住所: 〒		TEL:		FAX:		1.必要 2.不要		
			(E-mail:)						
検査結果表記載の会社名	「ご依頼者」様(会社名)と異なる場合にご記入下さい								
	会社名:				Company name:				

ご依頼目的(番号を記入)		1.日本ハラル協会提出用 2.社内確認用		
検体名・検体数		検体名(日本語)	Sample name(English)	検体数
	①			検体
	②			検体
	③			検体
	④			検体
	⑤			検体
	⑥			検体
	⑦			検体
	⑧			検体
	⑨			検体
	⑩			検体
その他 ご要望等				

注意事項 1. 提出された検体・容器は、受付時に返却を求められない限り、廃棄いたします。
2. 輸出等を目的とした検査とは異なりますのでご注意ください。
3. 分析不能の場合も操作料金として検査費用をご請求させていただきます。

株式会社 フードテクニカル・ラボ

〒167-0054 東京都杉並区松庵3-19-6

TEL:03-3334-2107

E-mail:info@f-t-l.co.jp

FAX :03-3334-2154

