

検査依頼書

検査分類: 異物検査

弊社記入欄

伝票No.		
内容確認	受付	報告書発行
/	/	/

下記の太枠内に必要事項をご記入後、本紙をFAXまたはメールでお送りください。

項目	必要事項	備考
ご依頼者名		
ご依頼者連絡先		一度ご依頼されている場合は記入不要です
報告書宛名		ご依頼者と同じ場合は記入不要です
報告書送付先		ご依頼者と同じ場合は記入不要です
報告書発送方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> PDF送付後郵送 <input type="checkbox"/> FAX送付後郵送 <input type="checkbox"/> PDFのみ(原本不要)	指定がない場合は郵送のみとします
報告書作成方法	<input type="checkbox"/> 弊社様式	詳細は担当者までお問い合わせください
検体返却希望	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	検査内容によっては返却できない場合があります
検体到着予定日	年 月 日	定休日は受付ができません 詳しくはお問い合わせください
検体送付方法	<input type="checkbox"/> ヤマト運輸 <input type="checkbox"/> 佐川急便 <input type="checkbox"/> その他	生鮮品は冷蔵または冷凍でお送りください

	検体名	検査項目
1		<input type="checkbox"/> 顕微鏡による検査 <input type="checkbox"/> DNA同定 <input type="checkbox"/> カタラーゼテスト <input type="checkbox"/> FT-IR <input type="checkbox"/> 蛍光X線解析
2		<input type="checkbox"/> 顕微鏡による検査 <input type="checkbox"/> DNA同定 <input type="checkbox"/> カタラーゼテスト <input type="checkbox"/> FT-IR <input type="checkbox"/> 蛍光X線解析
3		<input type="checkbox"/> 顕微鏡による検査 <input type="checkbox"/> DNA同定 <input type="checkbox"/> カタラーゼテスト <input type="checkbox"/> FT-IR <input type="checkbox"/> 蛍光X線解析
4		<input type="checkbox"/> 顕微鏡による検査 <input type="checkbox"/> DNA同定 <input type="checkbox"/> カタラーゼテスト <input type="checkbox"/> FT-IR <input type="checkbox"/> 蛍光X線解析
5		<input type="checkbox"/> 顕微鏡による検査 <input type="checkbox"/> DNA同定 <input type="checkbox"/> カタラーゼテスト <input type="checkbox"/> FT-IR <input type="checkbox"/> 蛍光X線解析
備考		

環境衛生薬品株式会社
関西学研ラボトリー

〒619-0237

京都府相楽郡精華町光台3-6-1

TEL 0774-98-2130

FAX 0774-95-3881

メールは弊社担当者または下記までお送りください

kensa@kanyaku.co.jp