CFCJ　　－

相　談　依　頼　書

ＮＰＯ法人カビ相談センター 様

依頼日　　年　　月　　日

※太い枠内に記入お願いいたします。

依頼機関 （会社名・部署名）		担当者 （フルネーム）	
連絡先	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
検体返送	・希望あり　　・希望なし　　※該当する方にチェックください。 培養後シャーレは試験後すぐに廃棄いたします。		

尚、検体返送ご希望の場合は着払いでの送付となります

↓※ご依頼者とご請求先が異なる場合、または報告書原本およびご請求書送付先が異なる場合のみ記入して下さい

ご請求の宛名変更のみ・報告書原本送付先・ご請求書送付先・その他（　　）

機関名 （会社名・部署名）		担当者 （フルネーム）	
連絡先	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

相談件名	
サンプル名	
内　容	（サンプルについて具体的にお書き下さい）

＊　以下は、ＮＰＯ法人カビ相談センター事務記載

備　考

試験開始日　　年　　月　　日　終了日　　年　　月　　日

担当者	責任者