

相 談 依 頼 書

NPO法人カビ相談センター様

依頼日 平成 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	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 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 平成 年 月 日 終了日 平成 年 月 日

担当者	責任者
-----	-----