大豆品種判別検査依頼書

受付印

ご依頼日	平成　　年　　月　　日
会社名	部署名
役職	お名前　　印
住所	〒　　-　　都道府県
TEL	-　　-　　FAX　　-　　-
E-mail	
結果速報のご連絡方法	（いずれかに一つに○をご記入下さい。）（記載がない場合には不要となります。）　E-mail ・ FAX ・ 不要
報告書宛名	（ご依頼者と宛先名が異なる場合に、ご記入下さい。）

■ ご依頼方法及び注意事項

※ 該当試料 約200gを適当な容器に入れ、宅配便等で当社へお送り下さい。(試料送料は、貴社でご負担願います)
その際、本書のコピーをご記入後、同封願います。

※ 報告期限より前にご報告する場合がございます。

※ □にチェックを入れて下さい。

試料名	品種名	定性･定量検査
		□ 報告期限（弊社記入欄）
		□ 報告期限（弊社記入欄）
		□ 報告期限（弊社記入欄）
		□ 報告期限（弊社記入欄）
		□ 報告期限（弊社記入欄）
		□ 報告期限（弊社記入欄）

（備考）

VISIONBIO
ビジョンバイオ株式会社
食品検査センター

〒839-0864
福岡県久留米市百年公園1-1
久留米リサーチセンタービル1F
TEL:0942-36-3100
FAX:0942-36-3101

確認印（弊社記入欄）		
受注責任者	分析責任者	精度管理

※ 弊社は当分析結果に限り責任を負うものであり、分析結果の取り扱い、あるいは分析結果によって生じる問題について関与するものではありません。

Copyright (C) 2008 Visionbio All Rights Reserved.