

同定検査依頼書

いきもの研究社 行

Fax 06-4977-3982

平成 年 月 日

依頼者	社名		営業所名	
	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	担当者			

検体詳細	採取日	年 月 日
	採取場所	
	採取状況	
	発生数・被害等	
	その他 要望	
	検体処置	返却 ・ 廃棄 (どちらかに○をつけてください)
	検体送付先 (返却の場合)	〒 ※検体返却の場合は着払いにて発送いたします。

報告書	宛名	
	写真	要 ・ 不要 (どちらかに○をつけてください)
	送付方法	文書 ・ Eメール (どちらかに○をつけてください)
	メールアドレス (Eメール希望のみ)	@
	報告書送付先	〒

請求書	請求書送付先	〒
-----	--------	---