

同定検査依頼書

いきもの研究社 行

FAX 06-4977-3982

申し込み日 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
	検体発生状況	
	検体の破壊	可 ・ 不可 (どちらかに○を付けてください)
	検体返却	要 ・ 不要 (どちらかに○を付けてください) 返送先： 〒 ※ 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○を付けてください)
	送付方法	Eメール ・ 文書(プリント) (どちらかに○を付けてください) Eメール希望の場合 → メールアドレス： @ 文書(プリント)の場合 → 送付先： 〒

請求書送付先	〒
--------	---