

遺伝子組換え食品検査依頼書

貴社名		住所	〒 _____		
部署名		TEL	_____	FAX	_____
ご担当者名		E-mail	_____@_____	検体発送日	20__年__月__日

ご依頼内容(太枠内をご記入ください)

検体名	重量	検体識別記号 (ロットNo.等。空白可)	検査項目	対象 GMO (下から選択記入)	検体 No. (記入不要)
特記事項: 検体内容の詳細、報告書や請求書の宛先(ご依頼者と異なる場合のみ)、検査に関する指示事項、その他特別な要件等についてご記入ください					

分析対象 GMO:

A	大豆 GMO	C	菜種 GMO	E	綿実 GMO	G	ビート(テンサイ)GMO	J	米 GMO	L	アルファルファ GMO
B	コーン GMO	D	ジャガイモ GMO	F	トマト GMO	H	パパイヤ GMO	K	ズッキーニ GMO	M	亜麻 GMO

検定点の指定(標準検査(TC)と特定検定点検査(QC)の場合):

TC: 0.1%, 1.0% オプション追加 0.1%, 1.0%, 3.0%, 5.0%

QC: 0.1% 指定()%

検定点とは、混入許容率を設定して検査判定したい場合、混入の有無の判定を行う基準含有率です。 指定ない場合には TC では 0.1%, 1.0%、QC では 0.1%となります。

依頼書ファックス先: 045-949-4621 (問い合わせ TEL: 045-949-4664)

検体送付先: 〒224-0033 神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎東四丁目 5-17

日本認証サービス株式会社 分析事業部 宛

受付日	取扱温度	No.	受付者	確認者
/ /	室温 冷蔵 冷凍			