

## 安定同位体比分析依頼書

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	産地情報 (産地判別の場合のみ)	検体識別記号 (ロット No.等。空白可)	重量	検査項目	検体 No. (記入不要)

検体情報(農産物の場合は品種や産地等、加工品の場合は使用原材料等について可能な限りご記入願います)

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

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			