アクレードテクノ株式会社　宛

FAX：0942-26-3235

検査依頼書

＜依頼者情報＞

依頼日：　　年　　月　　日

会社名：

所在地：

メールアドレス：

電話番号：

FAX番号：

＜検体情報＞

検査項目：

検体の種類：　□種子　□苗

検体数：　（　　）検体

検体の状態*2：　種子処理　□無　□有

使用薬剤　□無　□有（薬品名：　　）

（薬剤処理日：平成　　年　　月　　日　）

検体番号	検体当たりの数量*1	分類上の品目名

※1種子検査を依頼する場合のみご記載ください。

※2種子処理の有無・使用薬剤の有無・使用薬剤名をご記入ください。

特記事項（その他、ご希望がありましたらご記入ください）