

依頼番号

ICLAS モニタリングセンター 検査依頼書 (オプション情報)

1. ご依頼元情報

ご依頼者施設名:

ご依頼者名:

所在地: 〒

TEL:

FAX:

2. 検査費用請求書送付先(ご依頼元と異なる場合のみご記入ください)

請求書宛名(請求書に記載する宛名をご記入ください)

御中

請求書送付先

ご施設名:

ご担当者名:

所在地: 〒

TEL:

FAX:

3. 報告書送付先(ご依頼元と異なる場合のみご記入ください)

ご施設名:

ご担当者名:

所在地: 〒

TEL:

FAX:

4. 検体搬出元(報告書に記載するご施設名) ※ ご依頼元と異なる場合にご記入ください。

ご施設名:

ご部署名:

ご担当者名:

5. 英文報告書作成 ※ご希望の場合、英文報告書に記載する英文施設名をご記入ください。

英文ご施設名:

英文ご部署名: