

貴注文番号:

申込年月日 年 月 日

株式会社 コーガイトープ 滅菌研究センター 行

FAX: 0748-88-3123

申込者 住 所 〒

-----  
 会社名  
 担当責任者  
 連絡先 所 属  
 氏 名  
 電 話  
 E-mail  
 -----

### 微生物迅速同定試験申込書

下記の試料の微生物同定試験を申し込みます。

No.	試料名	培地名	培養温度 培養時間
☆受付番号 コーガ記入 1 ☆( )			°C 時間
2 ☆( )			°C 時間
3 ☆( )			°C 時間
4 ☆( )			°C 時間
5 ☆( )			°C 時間

ご記入の上、試料のご発送前にFAXしてください。また、この申込書原本は、試料につけてご発送ください。

ご発送予定日 年 月 日  午前  午後

ご発送業者

伝票備考欄に「微生物試験試料」と明記してください。

同定不能となった場合、遺伝子同定による追加試験を希望します。  はい  いいえ

\* 当社より遺伝子同定機関に外部委託いたします(別途費用)

ご要望事項

**【ご注意：本試験は、必ず同定結果が得られるものではありません。**

同定結果が得られない場合につきましても、通常料金を申し受けますのでご了承の上、お申し込みください。また、事前に「申込の手引き」をご確認いただきますようお願いいたします。

.....コーガ記入.....

試料送付先

株式会社 コーガイトープ 滅菌研究センター

住所 〒520-3403

滋賀県甲賀市甲賀町鳥居野121-19

TEL 0748-88-3121

FAX 0748-88-3123

保管場所:滅菌研究センター

受 付	本 社 F A X 済
-----	-------------

R.5.1.1-3-1(13-05)