

報告書（再発行）依頼書

| 再発行の理由 | |
|--|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 検体名の変更 | <input type="checkbox"/> 紛失 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

↑再発行の理由を選択して下さい

| 対象検体名 | 報告日 | 備考 |
|--------------------------|--------|----------------|
| 1 前回報告時と同じ検体名を ご記入下さい | 前回の報告日 | ご希望の 変更名称など |
| 2 | 年 月 日 | |
| 3 | 年 月 日 | |
| 4 | 年 月 日 | |
| 5 | 年 月 日 | |
| 6 | 年 月 日 | |
| 7 | 年 月 日 | |
| 8 | 年 月 日 | |
| 9 | 年 月 日 | |
| 10 | 年 月 日 | |
| 計 | | 合計検体数 検体 |

* 検体数が多い場合は別紙または下記に検体名をご記入ください

| ご連絡事項 |
|-----------------------|
| お申し送り事項がある場合は必ずご記入下さい |

| 依頼日 |
|---------|
| 本依頼書提出日 |

| 発注元 | |
|--------|---------------------|
| 機関名 | ご依頼される機関名 |
| ご担当者 | お申込みご担当者様のご氏名 |
| ご住所 | ご依頼される機関の住所 |
| 電話/FAX | ご依頼される機関の電話番号、FAX番号 |
| Mail | ご担当者様のEmailアドレス |

| 報告先 | |
|--------|----------------|
| 機関名 | ※発注元と異なる場合のみ記載 |
| ご担当者 | |
| ご住所 | |
| 電話/FAX | |
| Mail | |

* 報告先が発注元と異なる場合はご記入ください。

| ご請求書 | |
|------|----------------|
| 宛名 | ※発注元と異なる場合のみ記載 |
| ご住所 | |

* ご請求先が発注元と異なる場合はご記入ください。

* 都度のご発行となります

ジェノダイブファーマ株式会社

〒243-0003

神奈川県厚木市寿町3-1-1 ルリエ本厚木9階

TEL: 046-240-7513 FAX: 046-240-7593

