（様式 10）

年　　月　　日

土壌生物性診断依頼書

株式会社つくば分析センター

担 当 （　　）宛

※太線内をご記入下さい

フ リ ガ ナ			TEL	
団 体 名 個 人 名			FAX	
フ リ ガ ナ		印		
担 当 者 名	様		部署名	
メールアドレス				
住 所	〒			
到着予定日	年　　月　　日着	輸 送 方 法	□ 宅配便　□ 郵便　□ 直接持込	
ご請求方法	□ 報告日締め（報告時にご請求） □ 月末締め（月末一括でご請求）	報 告 書 速 報	□ FAX で速報　□ 速報不要 □ E-Mail で速報　※どれか一つお選び下さい	

検 体 名	検査項目（A～D）
	□A　□B　□C　□D　□E　□F　□G
	送付量（　　g）

検体情報

採取地点	都道府県　　市町村	栽培法	□ 露地　□ 施設　□その他
採取時の畑の状況	□ 作付け前　□ 栽培期間中　□ 前作栽培終了後	採取日	年　　月　　日
作付け作物	今作（　　）	後作（　　）	
土壌分類	□ 黒ボク土　□ 低地土　□ 赤黄色土　□ 砂土　□その他（　　）□ 不明		
診断目的	□ 生育不良原因調査　□ 土壌消毒など土壌管理方法の決定のため　□ 土壌消毒効果の確認 □ その他（　　）		
病徴	□ 有（病名・病徴：　　発生時期： 原因として気になる点：）□ 無		
土壌消毒	□ 有（方法・薬剤：　　実施日：　　）□ 無		
殺菌剤・殺センチュウ剤	□ 有（薬剤：　　散布日：　　）□ 無		
土壌診断の実施状況	□ 化学性　□ 生物性（診断項目：　　）□ 無		

検査項目	必要量	料金（税別）
密度測定（汚染度あり） A：ネグサレセンチュウ　B：サツマイモネコブセンチュウ C：ダイズシストセンチュウ　D：根こぶ病菌 E：イモグサレセンチュウ　F：ネモグリセンチュウ **密度測定（汚染度なし）** G：フザリウム・オキシスポラム	300 g	1 検体 1 項目 8,000 円 2項目目以降 +2,000 円

【注意事項】
1. 弊社ホームページ上の「ご依頼に際しての注意事項」を必ずご確認下さい。

連絡事項	

＊弊社記入欄　　2021.4

報告予定日	受付印
月　　日	
検査料金	
円　税別 ・税込	
受付担当 ：	

《検体送付先》

株式会社つくば分析センター

〒305-0047
茨城県つくば市千現 2-1-6
つくば研究支援センター D-30
TEL:029-858-3100 / FAX:029-858-3106

FAX：029-858-3106　本紙を事前に FAX でお送りください