|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20 | 年 |  | 月 |  | 日 |

**検 査 依 頼 書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **株式会社つくば分析センター** | | | | **（遺伝子組換え食品検査）** |  |
| **担 当 （** |  | **）宛** |  |  |  |

**※太線内をご記入下さい**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | TEL |  | |
| 会社名 |  | | | | | | | | | | |
| FAX |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 印 |
| 担当者名 |  | | | | | | | | 様 | |  | 部署名 |  | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 到着予定日 | 20 | | 年 | |  | 月 |  | 日着 | | 検体の状態 | | 生鮮 冷凍 加工 乾燥 粉末 | | |
| 依頼検体数 | 合計 |  | | 検体 | | | | | | 輸送状態 | | 常温  冷蔵  冷凍 | | |
| 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  ※どれか一つお選び下さい |
| E-Mailで速報 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 検 体 名 | ※報告書記載の名称 | 検出対象(A～O) | 検体量 |
| １ |  | |  |  |
| ２ |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 作物 | 検 出 対 象 | | | | |
| 大　豆 | A | スクリーニング （P35S ＆ RRS2/農産物の検査）　【定性】 | | D | Roundup Ready(RRS)　【定量】 |
| B | スクリーニング ( P35S ＆ RRS2/加工食品の検査)　【定性】 | | E | Liberty Link（LLS）　【定量】 |
| C | Roundup Ready (RRS)　【定性】 |  | F | Poundup Ready 2 Yield（RRS2）　【定量】 |
| トウモロコシ | G | スクリーニング （ P35S ＆ NOS/農産物の検査）　【定性】 | | L | スクリーニング(P35S ＆ GA21)【定量】 |
| H | スクリーニング ( P35S ＆ NOS/加工食品の検査)　【定性】 | | M | GA21 【定量】 |
| I | スクリーニング( P35S ＆ GA21)　【定性】 | | N | MIR604 【定量】 |
| J | GA２１ 【定性】 | | O | MIR162 【定量】 |
| K | スクリーニング(P35S ＆ GA21　＆ MIR604 ＆ MIR162) 【定量】 | |  |  |

※検体が穀粒の場合、１～２ｋｇをご送付ください。その他の市販製品の場合は1製品分、もしくは、２００ｇ程度をご送付ください。

量が満たない場合は、検査ができないことがございますので、あらかじめご連絡ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡事項 |  | **【重 要】**  弊社ホームページ上の「ご依頼に際しての注意事項」及び「GM検査における注意事項」を必ずご確認いただき、同意の上、お申し込み下さい。（https://www.tacnet.jp/download/） |

＊弊社記入欄

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

**FAX：029-858-3106 本紙を事前にFAXでお送りください**