

対象外

様式第 1

馬伝染性子宮炎PCR検査依頼書
(助成事業対象外)

(番 号)
年 月 日

公益財団法人競走馬理化学研究所

氏名等
住 所
(TEL/FAX)

下記のとおり PCR 検査を依頼します。

記

1. 検体本数 : 本
2. 検体リスト : 別添による。
3. 採材窓口 : 氏名
住所
(TEL/FAX)
4. 備 考 :

(備考欄には必要な場合に連絡事項等をご記入下さい。)