

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 御中

氏名
住所
(TEL/FAX) 印

馬伝染性子宮炎PCR検査依頼要領に基づく検体を下記のとおり送付しますので、
貴研究所での検査を依頼します。

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 :