kogenebiotech

(※)는 당사 기입란입니다.

(※)접수번호	KB		(※)접수년월일	20 년 월 일

알레르기 유발식품 검사 신청

업 체	상 호		대표자성명	
	주 소		전화번호	
의 뢰 인	성 명		소 속	
	주 소		E-mail	
	전화번호		팩스번호	
세 금 계 산 서	□ 발행 요 / □ 필요 없음		전자세금계산서 발행처 및 e-mail	
결 과 수 령	□ 우편 / □ FAX / □ E-mail / 기타( )			

검 사 시 료

번호	시료명	시료량	제조일자/유통기한	검사 식품 알러젠 (대두, 우유, 돼지고기, 게/새우, 달걀 5종 중 선택기입)
1				
2				
3				
4				
5				
검체성상			포장상태	

기타 요구 사항 :

** 본 검사는 알레르기 유발 원료 물질 분석에 대한 참고자료 외에 기타 용도로도 사용 할 수 없습니다.

** 검사결과서는 고객이 지정하신 '검체명 혹은 제품명'으로 발급됩니다. 검사 결과서 발급 이후에 검체명 변경재발급이 불가능함을 양지해주시기 바랍니다.

** 첫 검사 의뢰 시 사업자등록증사본 1부를 팩스 또는 샘플과 함께 보내주십시오.

** 제품의 경우에는 / 제조・유통기한을 표시하여 주시기 바랍니다.

** 검사료 입금계좌번호 : 중소기업은행 478-015128-04-018 (주)코젠바이오텍

** 전화 : 02-2026-2150. 팩스 : 02-2026-2155, (우 08507) 서울 금천구 가산디지털1로 168, C동 1101호(우림라이온스밸리) (주)코젠바이오텍

상기 의뢰자는 이상의 내용에 틀림이 없음을 확인하며, 상기 검체에 대하여 DNA 분석을 의뢰합니다.

년 월 일

의 뢰 자 성 명 : (서명 또는 인)

소 속 :