(※)는 당사 기입란입니다.

(※)접수번호	KB		(※)접수년월일	20 년 월 일

Food Forensic 유전자 검사 의뢰서

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 선 택 □ MtDNA 검사 (2 주) / □ 기타

검 사 시 료

번호	시료명 (Name)	시료종류	채취일	비 고
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

기타 요구 사항 :

본 검사는 Food Forensic 분석에 대한 참고자료 외에 기타 용도로도 사용 할 수 없습니다.

기입하여 주신 시료명으로 검사결과서가 발급되므로, 반드시 정확하게 기입하여 주셔야 합니다.

첫 검사 의뢰 시 사업자등록증사본 1부를 팩스 또는 시료와 함께 보내주십시오

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

전화: 02-2026-2150 팩스: 02-2026-2155 주소: 서울시 금천구 가산디지털1로 168, C동 1101호(우림라이온스밸리)

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 :