

(※)접수번호	KB		(※)접수년월일	20	년	월	일
Food Forensic 유전자 검사 의뢰서							
업 체	상 호		대표자성명				
	주 소		전화번호				
의뢰인	성 명		소 속				
	주 소		E-mail				
	전화번호		팩스번호				
세금계산서	<input type="checkbox"/> 발행 요 / <input type="checkbox"/> 필요 없음		전자세금계산서 발행처 및 e-mail				
결과수령	<input type="checkbox"/> 우편 / <input type="checkbox"/> FAX / <input type="checkbox"/> E-mail / <input type="checkbox"/> 기타()						
검사선택	<input type="checkbox"/> MtDNA 검사 (2 주) / <input type="checkbox"/> 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 : <ul style="list-style-type: none"> ❖ 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 가산동 371-28 우림라이온스밸리 C동 1101호 							

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

년 월 일

의뢰자 성 명 : (서명 또는 인)

소 속 :