|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20 | 年 |  | 月 |  | 日 |

**残留農薬検査依頼書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **株式会社つくば分析センター** | | | | **（土壌・堆肥用）** |  |
| **担 当 （** |  | **）宛** |  |  |  |

**※太線内をご記入下さい**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | TEL |  | | |
| 団体名 |  | | | | | | | | |
| FAX |  | | |
| 携帯 |  | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 担当者名 |  | | | | | | 様 | |  | 部署名 |  | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 到着予定日 | 20 | 年 |  | 月 |  | 日着 | | 輸送方法 | | 宅配便  郵便  持込 | | | お急ぎの方は  ヤマト運輸を  ご利用下さい |
| ご請求方法 | 報告日締め （報告時にご請求）  月末締め （月末一括でご請求） | | | | | | | 報告書速報 | | FAXで速報 | | 速報不要 | |
| E-Mailで速報 | | ※どれか一つお選び下さい | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 検 体 名 ※報告書に記載する名称 | | | | | 分析セット | 追加分析 |
| **記入例** | **圃場No.001 農地土壌** | | ※全角20文字2行以内で  ご記入下さい | | | ■ TAC200（土壌）  □ 難分解性7種  □ クロピラリド | **グリホサート** |
| ■ 土壌 □ 堆肥 □ その他 | 送付量（ | | **500** ｇ | ） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **検 体 名** | | | | | **分析セット** | **追加分析** |
| **１** |  | | | | | TAC200（土壌）  難分解性7種  クロピラリド |  |
| 土壌  堆肥  その他 | 送付量（ |  | ｇ | ） |
| **２** |  | | | | | TAC200（土壌）  難分解性7種  クロピラリド |  |
| 土壌  堆肥  その他 | 送付量（ |  | ｇ | ） |
| **３** |  | | | | | TAC200（土壌）  難分解性7種  クロピラリド |  |
| 土壌  堆肥  その他 | 送付量（ |  | ｇ | ） |

**【注意事項】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **分析セット名** | **検査項目** | **料金（税別）** | **必要量** | １．採取した土壌は風乾せずにチャック付き袋に入れて送って下さい。  ２．土壌は水分を測定し乾土換算した結果をご報告いたします。堆肥は乾土換算しません。  ３．堆肥原料、未熟堆肥は検査できません。  ４．弊社ホームページ上の「ご依頼に際しての注意事項」を必ずご確認下さい。 |
| **TAC200（土壌）** | 難分解性農薬を含む200農薬 | 50,000円 | 500 ｇ |
| **難分解性7種** | 残留性の高い難分解性の7農薬 | 20,000円 | 500 ｇ |
| **クロピラリド** | 生育障害の原因物質クロピラリド | 17,000円 | 300 ｇ |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡事項 |  |

＊弊社記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告予定日 | | 受付印 |  | 《検体送付先》  **株式会社つくば分析センター**  〒305-0047  茨城県つくば市千現2-1-6  つくば研究支援センター D-30  TEL:029-858-3100 / FAX:029-858-3106 |
| 月 日 | |  |
| 検査料金 | |
| 円 税別・税込 | |
| 受付担当 ： |  |

2025.2

**FAX：029-858-3106 本紙を事前にFAXでお送りください**