

変異原性試験菌株分与依頼書

令和 年 月 日

国立医薬品食品衛生研究所

ゲノム安全科学部 行

分与依頼菌株名

研究目的概要

上記菌株の分与を依頼申し上げます。

研究機関名

住所 〒

電話

FAX

E-mail

試験責任者名

印