**委托抽样申请单**

**申请编号：**CTC-CY-

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 委托单位 |  | | |
| 委托单位地址 |  | | |
| 委托单位电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 预约抽样日期 |  | 抽样地点 |  |
| 样品名称 | | 检测/判定依据 | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| 委托人  （签名/盖章） |  | 受理人  （签名/盖章） |  |
| 受理日期 | 年 月 日 | 预约抽样日期 | 年 月 日 |
| 备 注  （需说明事项） |  | | |