附件

水产品药物残留快速检测产品验证报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称（盖章） | 姓名 | 身份证号码 | 联系电话 | 参加验证项目 | 验证项目对应产品名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

填表人： 联系电话：

E-mail ： 通讯地址：

填表日期：