

受託検査依頼書(動物バイオマーカー(唾液以外)検査用)

※ダウンロードし、メールまたはFAXにてご送付ください。

施設名 ***必須**
(大学名・病院名・会社名など)

氏名 ***必須**

郵便番号 ***必須**

住所 ***必須**

電話番号 ***必須** FAX番号

メールアドレス ***必須**

検査報告書発送先(上記住所と異なる場合は、記入して下さい)

郵便番号

住所

氏名

請求書発送先(上記住所と異なる場合は、記入してください)

郵便番号

住所

氏名

請求書宛名 ***必須**

(請求書に記載する宛名を記入してください)

検査項目 ***必須**
(検査するすべての項目を記入してください)

動物の種類 ***必須**

検体の種類 ***必須**

検体数 ***必須**

検体の発送予定日

宅急便 会社名 番号

検体の遠心処理 ***必須** 処理済 未処理

報告書のメール送信 ***必須** 希望する 希望しない
(ご希望の方は、検査報告書の発送日に別途Excelファルの電子データにてご報告いたします(無料))

検体の返却 ***必須** 希望する 希望しない
(未記入の場合は検査終了後検体を廃棄処分いたします。尚、検体返却は有料です)

その他の連絡事項

*検体一覧表も作成してください。