

# 検査依頼書

本検査依頼書(太枠内)を記入し、事前にFAXまたはE-mailにて送信してください。

申込の際は以下の点にご注意ください。

- ・ ご自身の検体管理番号は、必ずご記入ください。
- ・ ご依頼件数の多い方は、検査依頼書の2ページ目をコピーしてご利用ください。
- ・ ご依頼の検体に管理書類がありましたら、そのファイルをE-mailにて送付いただくことも可能です。

検体発送予定日:                      年    月    日		当社使用欄	
		依頼 No.:	確認:
貴社名:			
貴部署名:			
ご担当者名:			
ご住所: 〒			
TEL:	FAX:	E-mail:	
ご請求先:			
ご請求先が貴社と異なる場合、ご記入ください。			

◆ご依頼内容 (種類、検体種別は該当のものを選択してください)

1 / ページ

当社使用欄	検体管理番号	種類	検体種別	検査項目
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット <input type="checkbox"/> その他(                      )	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 涙 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> その他(                      )	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット <input type="checkbox"/> その他(                      )	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 涙 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> その他(                      )	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット <input type="checkbox"/> その他(                      )	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 涙 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> その他(                      )	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット <input type="checkbox"/> その他(                      )	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 涙 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> その他(                      )	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット <input type="checkbox"/> その他(                      )	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 涙 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> その他(                      )	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット <input type="checkbox"/> その他(                      )	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 涙 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> その他(                      )	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット <input type="checkbox"/> その他(                      )	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 涙 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> その他(                      )	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット <input type="checkbox"/> その他(                      )	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 涙 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> その他(                      )	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット <input type="checkbox"/> その他(                      )	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 涙 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> その他(                      )	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット <input type="checkbox"/> その他(                      )	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 涙 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> その他(                      )	

◆特記事項 (ご要望等についてご記入ください)

【検査依頼書・検体送付先、お問い合わせ先】

株式会社 エムシープロット・バイオテクノロジー

〒920-0293 石川県河北郡内灘町字大学1丁目1番地 金沢医科大学総合医学研究所内

電話: 076-286-2033 FAX: 076-286-2017 E-mail: proteome@mcprot.co.jp

