

# 安全性試験 依頼書

## 梅毒試験

ご依頼者	所属機関名			
	(フリガナ)			
	氏名			
	所在地			
	TEL		FAX	
	E-mail			
報告先	↓↓ 報告先が上記（ご依頼者様）と異なる場合、その項目のみご記入ください ↓↓			
	所属機関名			
	氏名			
	所在地			
	TEL		FAX	
	E-mail			
サンプル数	サンプル			※サンプル量各 $1 \times 10^6$ cells以上
備考欄				

※ご提供いただいた検体は、結果報告後1週間を経過すると廃棄いたします。

サンプル弊社到着日	年	月	日	午前中必着
-----------	---	---	---	-------

ご依頼日	年	月	日
ご署名			

### 弊社記入欄

受領日	年	月	日
結果報告日	年	月	日
確認者			
備考欄			

# サンプル情報記載書

試験項目		梅毒試験		
No.	サンプル名称	形態	感染症状態	サンプル量
1		<input type="checkbox"/> 細胞ペレット <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <input type="checkbox"/> 凍結細胞 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性 <input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性 <input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> その他 ( )	cells ※1×10 <sup>6</sup> cells以上
	採取予定日 年 月 日			
2		<input type="checkbox"/> 細胞ペレット <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <input type="checkbox"/> 凍結細胞 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性 <input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性 <input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> その他 ( )	cells ※1×10 <sup>6</sup> cells以上
	採取予定日 年 月 日			
3		<input type="checkbox"/> 細胞ペレット <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <input type="checkbox"/> 凍結細胞 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性 <input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性 <input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> その他 ( )	cells ※1×10 <sup>6</sup> cells以上
	採取予定日 年 月 日			
4		<input type="checkbox"/> 細胞ペレット <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <input type="checkbox"/> 凍結細胞 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性 <input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性 <input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> その他 ( )	cells ※1×10 <sup>6</sup> cells以上
	採取予定日 年 月 日			
5		<input type="checkbox"/> 細胞ペレット <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <input type="checkbox"/> 凍結細胞 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性 <input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性 <input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> その他 ( )	cells ※1×10 <sup>6</sup> cells以上
	採取予定日 年 月 日			
6		<input type="checkbox"/> 細胞ペレット <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <input type="checkbox"/> 凍結細胞 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性 <input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性 <input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> その他 ( )	cells ※1×10 <sup>6</sup> cells以上
	採取予定日 年 月 日			
7		<input type="checkbox"/> 細胞ペレット <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <input type="checkbox"/> 凍結細胞 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性 <input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性 <input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> その他 ( )	cells ※1×10 <sup>6</sup> cells以上
	採取予定日 年 月 日			

備考欄