

# 安全性試験 依頼書

## 無菌試験（好気性菌）

|       |        |  |     |  |
|-------|--------|--|-----|--|
| ご依頼者  | (フリガナ) |  |     |  |
|       | 氏名     |  |     |  |
|       | 所属機関名  |  |     |  |
|       | 所在地    |  |     |  |
|       | TEL    |  | FAX |  |
|       | E-mail |  |     |  |
| サンプル数 | サンプル   |  |     |  |
| 備考欄   |        |  |     |  |

※サンプル量：10 ml

|           |   |   |   |       |
|-----------|---|---|---|-------|
| 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 |                      | 無菌試験（好気性菌）  |   |                   |
|------|----------------------|---|---|-------------------|
| No.  | サンプル名称               | 形態  | 感染症状態   | サンプル量             |
| 1    |                      | <input type="checkbox"/> 培養上清<br><input type="checkbox"/> 細胞懸濁液<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性<br><input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性<br><input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性<br><input type="checkbox"/> その他 (                      ) | mℓ<br><br>※10mℓ以上 |
|      | 採取予定日    年    月    日 | (                      )  |   |                   |
| 2    |                      | <input type="checkbox"/> 培養上清<br><input type="checkbox"/> 細胞懸濁液<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性<br><input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性<br><input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性<br><input type="checkbox"/> その他 (                      ) | mℓ<br><br>※10mℓ以上 |
|      | 採取予定日    年    月    日 | (                      )  |   |                   |
| 3    |                      | <input type="checkbox"/> 培養上清<br><input type="checkbox"/> 細胞懸濁液<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性<br><input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性<br><input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性<br><input type="checkbox"/> その他 (                      ) | mℓ<br><br>※10mℓ以上 |
|      | 採取予定日    年    月    日 | (                      )  |   |                   |
| 4    |                      | <input type="checkbox"/> 培養上清<br><input type="checkbox"/> 細胞懸濁液<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性<br><input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性<br><input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性<br><input type="checkbox"/> その他 (                      ) | mℓ<br><br>※10mℓ以上 |
|      | 採取予定日    年    月    日 | (                      )  |   |                   |
| 5    |                      | <input type="checkbox"/> 培養上清<br><input type="checkbox"/> 細胞懸濁液<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性<br><input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性<br><input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性<br><input type="checkbox"/> その他 (                      ) | mℓ<br><br>※10mℓ以上 |
|      | 採取予定日    年    月    日 | (                      )  |   |                   |
| 6    |                      | <input type="checkbox"/> 培養上清<br><input type="checkbox"/> 細胞懸濁液<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性<br><input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性<br><input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性<br><input type="checkbox"/> その他 (                      ) | mℓ<br><br>※10mℓ以上 |
|      | 採取予定日    年    月    日 | (                      )  |   |                   |
| 7    |                      | <input type="checkbox"/> 培養上清<br><input type="checkbox"/> 細胞懸濁液<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> HBV陽性 <input type="checkbox"/> HCV陽性<br><input type="checkbox"/> HIV-1,2陽性 <input type="checkbox"/> 梅毒陽性<br><input type="checkbox"/> HTLV-1,2陽性<br><input type="checkbox"/> その他 (                      ) | mℓ<br><br>※10mℓ以上 |
|      | 採取予定日    年    月    日 | (                      )  |   |                   |

備考欄