

安全性試験 依頼書

マイコプラズマ否定試験（リアルタイムPCR法）

| | | | | |
|------|--------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| ご依頼者 | (フリガナ) | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 所属機関名 | | | |
| | 所在地 | | | |
| | TEL | | FAX | |
| | E-mail | | | |
| 検体 | 検体数 | 検体 | | |
| | 形態 | <input type="checkbox"/> 培養細胞 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

※サンプル量： 1×10^6 cells/ml以上 細胞数が少ない場合は別途相談

※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 | 12時まで/ 12時以降 |
| ご希望の結果報告日 | 年 | 月 | 日 | |

| | | | |
|-------|---|---|---|
| ご依頼日： | 年 | 月 | 日 |
| ご署名： | ㊞ | | |

こちらには何も記入しないでください。

| | | | | |
|------|---|---|---|---|
| 受領日： | 年 | 月 | 日 | ㊞ |
|------|---|---|---|---|