

安全性試験 依頼書

マイコプラズマ否定試験 (MycoAlert法)

ご依頼者	(フリガナ)	バイオ ミライ		
	氏名	バイオ 未来		
	所属機関名	株式会社バイオ未来工房		
	所在地	東京都港区芝3-17-15		
	TEL	03-6435-3915	FAX	03-6435-3916
	E-mail	baiomirai@bmk.co.jp		
サンプル数	3 サンプル			
備考欄				

FAXでご依頼いただく際は、必ず記入してください。

※サンプル量：1～2 ml

※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	2024	年	9	月	1	日	午前中必着
-----------	------	---	---	---	---	---	-------

ご依頼日	2024年	8月	15日
ご署名	バイオ 未来		

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		マイコプラズマ否定試験 (MycoAlert法)		
No.	サンプル名称	形態	感染症状態	サンプル量
1	BMK-1	<input checked="" type="checkbox"/> 培養上清 <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" 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 ()	1mℓ ※1mL以上
	採取予定日 2024年 8月 31日	()	()	
2	BMK-2	<input type="checkbox"/> 培養上清 <input checked="" type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <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 ()	1mℓ ※1mL以上
	採取予定日 2024年 8月 31日	()	()	
3	BMK-3	<input checked="" type="checkbox"/> 培養上清 <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <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 ()	1mℓ ※1mL以上
	採取予定日 2024年 8月 31日	()	()	
4		<input type="checkbox"/> 培養上清 <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <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 ()	mℓ ※1mL以上
	採取予定日 年 月 日	()	()	
5		<input type="checkbox"/> 培養上清 <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <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 ()	mℓ ※1mL以上
	採取予定日 年 月 日	()	()	
6		<input type="checkbox"/> 培養上清 <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> HBV陽性 <input checked="" 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 ()	mℓ ※1mL以上
	採取予定日 年 月 日	()	()	
7		<input type="checkbox"/> 培養上清 <input type="checkbox"/> 細胞懸濁液 <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 ()	mℓ ※1mL以上
	採取予定日 年 月 日	()	()	

陽性の場合はチェックしてください。

備考欄