

# 安全性試験 依頼書

## ウイルス否定試験

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： $1 \times 10^6$  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	Ⓜ
------	---	---	---	---