

依頼番号

## ICLAS モニタリングセンター 病理検査依頼書

ご依頼日: 年 月 日 ( ) 検体到着日: 年 月 日 ( )

ご依頼者施設名:

ご依頼者名:

所在地: 〒

TEL:

FAX:

E-mail:

検体の種類: 動物 臓器 その他( )

検体数:

動物種:

週齢:

系統名:

性別: ♂ ♀

※ 検体が臓器の場合

臓器名:

採材月日: 月 日

固定液:

臨床経過(異常発生状況、病巣に関する所見など)

要望事項