依頼番号

ICLAS モニタリングセンター　微生物検査依頼書 （細胞・腫瘍）

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：

必要事項をご記入し、該当箇所には◯をお付けください。

検体数：　　検体

動物種：　マウス　　ラット　　ヒト　　その他（　　）

検体の種類：　細胞　　腫瘍　　その他（　　）

個体識別の有無：　有　／　無

※ 個体識別がある場合は備考欄にご記入ください。
検体情報が複数に渡る場合は別紙、「個体識別表」にご記入ください。

検査項目（ご依頼の項目に◯してください。）　↓記入欄

微生物検査	PCR	Hh	
	PCR	Hb	
	PCR	LDH	
	PCR	MHV	
	PCR	*M. pulmonis*	
	PCR	Sendai virus	
	PCR	Tyzzer	
	PCR	M-PSB（血清反応 I）	
	PCR	R-PSB（血清反応 I）	
H-PSB	PCR	HBV	
	PCR	HCV	
	PCR	HIV	
	PCR	HTLV	
	PCR	梅毒	

左記以外の項目をご希望の場合、下欄にご記入ください。

検査項目（その他）	検査方法※

※検査方法は、（培養・PCR）のいずれかをご記入ください。

備考

公益財団法人　実験動物中央研究所　ICLAS モニタリングセンター　TEL：044-201-8525　FAX：044-201-8526