

依頼番号

# ICLAS モニタリングセンター 無菌検査依頼書

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：〒

メールアドレス：

TEL：

FAX：

※ 必要事項のご記入、該当箇所には○をお付けください。

検体の種類： 3点セット(糞便、床敷、拭取り) 糞便 拭取り その他( )

検体数： 検体

動物種： マウス ラット その他( )

系統名：

検査項目(ご依頼の項目チェック欄に○してください。)

| 項目       | 検査内容                                 | 検査対象    | チェック欄 |
|----------|--------------------------------------|---------|-------|
| CIEA セット | 糞便:TGC/PDA/直接塗抹標本、床敷:TGC/PDA、拭取り:PDA | 細菌 / 真菌 |       |
| 単項目 A    | 糞便:TGC/直接塗抹標本                        | 細菌      |       |
| 単項目 B    | 床敷、拭取り:TGC                           | 細菌      |       |
| 単項目 C    | 糞便、床敷、拭取り:PDA                        | 真菌      |       |

検体 ID 記入欄

|   | 検体 ID |
|---|-------|
| 1 |       |
| 2 |       |
| 3 |       |
| 4 |       |
| 5 |       |

|    | 検体 ID |
|----|-------|
| 6  |       |
| 7  |       |
| 8  |       |
| 9  |       |
| 10 |       |

備考(その他、ご希望などありましたらご記入ください。)