依頼番号

ICLAS モニタリングセンター　微生物検査依頼書

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:

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　ハムスター　ウサギ　モルモット　その他（　　）

検体の種類:　動物　血清　糞便　臓器　培地　フキトリ　その他（　　）

系統名:　　性別:　　週齢:　　週齢

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。

遺伝子改変の有無:　有　／　無

※ 遺伝子改変動物を検査する場合、「微生物学的および遺伝学的検査のための遺伝子組換え動物の受入れ依頼書」を別途ご記入いただく必要がございます。

検体が血清の場合

希釈の有無:　有　（　　）倍希釈　／　無

非働化の有無:　有　／　無

検査項目（ご依頼の項目に◯してください。）　↓記入欄

通常動物コアセット		
免疫不全動物コアセット		
セット項目	培養 I	
	培養 II	
	培養 III	
	培養 IV	
	血清反応 I	
	血清反応 II	
	血清反応 III	
	鏡検 I	
	PCR Hh	
	PCR Hb	
	PCR Pc	
モルモット全項目		
ウサギ基本項目		
ハムスター全項目		

セット項目以外をご希望の場合、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・血清・鏡検・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