

依頼番号

ICLAS モニタリングセンター 微生物検査

ご施設での依頼番号がある場合、
ご記入ください。

ご依頼日: 20XX年 X月 XX日 (水) 検体到着日: 20XX年 X月 XX日 (火)

ご依頼者施設名: (公財)実験動物中央研究所 ICLAS モニタリングセンター

ご依頼者名: 実中研 太郎

所在地: 〒210-0821 川崎市川崎区殿町 3-25-12

TEL: 044-201-8525

FAX: 044-201-8526

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: 10 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: ICR

性別: ♀ ♂ 週齢: 12 週齢

個体識別の有無: 有 無

遺伝子改変の有無: 有 無

※ 個体識別がある場合は備考欄にご記入ください。

※ 遺伝子改変動物を検査する場合、「微生物学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。

検体が血清の場合

希釈の有無: 有 (10) 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) コアセットは、検体が動物の場合のみご依頼いただけます。 別項目以外をご希望の場合、下欄にご記入ください。

通常動物コアセット		検査項目(その他)		検査方法※
免疫不全動物コアセット		CAR bacillus		血清
セット項目	培養 I	MAV		血清
	培養 II	GDVII		血清
	培養 III	略称や通称でも構いません。		
	培養 IV			
	血清反応 I	<input type="radio"/>		
	血清反応 II	<input type="radio"/>		
	血清反応 III	<input type="radio"/>		
	鏡検 I			
	鏡検 II			
	PCR Hh			
PCR Hb				
モルモット全項目				
ウサギ基本項目				
ハムスター全項目				

※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

個体識別: ICLAS-1~10

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: 20XX年 X月 XX日 (金)

ご施設での依頼番号がある場合、
ご記入ください。

X月 XX日 (月)

ご依頼者施設名: (公財) 実験動物中央研究所 ICLAS モニタリングセンター

ご依頼者名: 実中研 花子

所在地: 〒210-0821 川崎市川崎区殿町 3-25-12

TEL: 044-201-8525

FAX: 044-201-8526

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: 5 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(精子)

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

左記以外の項目をご希望の場合、下欄にご記入ください。

微生物検査	PCR	Hh	
	PCR	Hb	
	PCR	LDH	
	PCR	MHV	<input type="radio"/>
	PCR	<i>M. pulmonis</i>	<input type="radio"/>
	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	

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

個体識別:

1. CI-LN-A1-1
2. CI-LN-A1-2
3. CI-LN-B
4. CI-LN-CA2
5. CI-LN-BK

依頼番号

ICLAS モニタリングセンター 検査依頼書 (オンライン情報)

ご施設で依頼番号がある場合、
ご記入ください。

1. ご依頼元情報

ご依頼者施設名: _____

ご依頼者名: _____

所在地: 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____

2. 検査費用請求書送付先(ご依頼元と異なる場合のみご記入ください)

請求書宛名(請求書に記載する宛名をご記入ください) _____ 御中

請求書送付先

ご施設名: _____

ご担当者名: _____

所在地: 〒 _____

TEL: _____

No. MR _____
年 月 日

請求書

ここに記載されます。 _____ 御中

<御依頼先>

下記の通りご請求いたします。

〒216-0001
神奈川県川崎市宮前区野川1430
財団法人 実験動物中央研究所
所長 野村 達次

3. 報告書送付先(ご依頼元と異なる場合のみご記入ください)

ご施設名: _____

ご担当者名: _____

所在地: 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____

4. 検体搬出元(報告書に記載するご施設名) ※ ご依頼元と異なる場合にご記入ください。

ご施設名: _____

ご部署名: _____

ご担当者名: _____

5. 英文報告書作成

※ご希望

英文ご施設名: _____

英文ご部署名: _____

マウス感染症検査成績	施設名: 部署名:	ここに記載されます	検査日:	検査番号:	依頼番号:
検査項目	カテゴリー				