

平成 21 年度

がん特動物支援班利用施設用

平成 22 年度 微生物検査依頼書

検査番号: (記入不要)

依頼番号:

依頼日: 年 月 日

検体搬入日: 年 月 日

ご依頼者施設名: _____

ご依頼者氏名: _____

所在地: 〒 _____

TEL: _____

FAX: _____

(該当するものを○で囲み、必要事項をご記入下さい)

検査目的 : 1. モニタリング 2. 異常原因追求 3. その他()

検体 : 1. 動物 (遺伝子組換え操作 有・無)(注)
2. 血清 3. 細胞・腫瘍 4. その他()

検体数: _____ 動物種: _____ 系統名: _____ 性: _____ 齢: _____

検体処理法(検体が血清の場合): 血清希釈 有 (倍) ・ 無

個体識別 : 有 ・ 無

特記事項(異常発生状況など)

☆検査項目

特別価格対象項目(マウス・ラット・細胞)

培養 I セット

血清反応 I セット

鏡検 I セット

細胞等 PCR : MHV・マイコプラズマ

その他(単項目検査ご希望の場合は、下欄に検査希望微生物名を明記下さい。上記特別価格対象外の項目もご依頼いただけますが、その項目につきましては定価での御請求となりますことをご了承下さい。)

(注)遺伝子組換え動物の場合は、事前に別紙届け書の FAX をお願いします。事前に情報を頂けない場合は、「遺伝子組換え生物等の規制による生物の多様性確保に関する法律 第二十六条違反となり検査をお引き受けすることができません。(届け書原本は動物に添付願います)

◎英文報告書ご希望の場合、施設の英名を下段にご記入下さい。