

検体到着日の前日までに送付ください。

KIRタイピング発注書

タイピング方法	
<input type="checkbox"/>	KIRハプロタイピング (Luminex)
<input type="checkbox"/>	KIRタイピング (NGS法)

遺伝子座		
2DL1	2DL2	2DL3
2DL4	2DL5	3DL1
3DL2	3DL3	2DS1
2DS2	2DS3	2DS4
2DS5	3DS1	2DP1
3DP1	3DX1(NGSのみ)	

検体名		
1	11	
2	12	
3	13	
4	14	
5	15	
6	16	
7	17	
8	18	
9	19	
10	20	
	計	検体

* 個人情報保護の観点から検体名の匿名化にご協力をお願いいたします。

* 検体数が多い場合は別紙に検体名をご記入ください。

* 人種により解析方法が異なる場合がございますので、人種の記載にご協力をお願いいたします。

検体の種類			
<input type="checkbox"/>	全血	<input type="checkbox"/>	唾液
<input type="checkbox"/>	白血球 (リンパ球・顆粒球)	<input type="checkbox"/>	スワブ (Luminexのみ)
<input type="checkbox"/>	培養細胞	<input type="checkbox"/>	ろ紙 (Luminexのみ)
<input type="checkbox"/>	DNA	<input type="checkbox"/>	その他

* その他を選択する場合、一度ご相談ください。

送付日	到着予定日
年 月 日	年 月 日

発注元	
機関名	
ご担当者	
ご住所	
電話/FAX	
Mail	

報告先	
機関名	
ご担当者	
ご住所	
電話/FAX	
Mail	

* 報告先が発注元と異なる場合はご記入ください。

運送機関			
<input type="checkbox"/>	ヤマト運輸	<input type="checkbox"/>	ゆうパック
<input type="checkbox"/>	佐川急便	<input type="checkbox"/>	レターパック
<input type="checkbox"/>	西濃	<input type="checkbox"/>	その他
伝票番号	-	-	-

* 伝票番号は到着予定日に届かない場合の荷物の追跡に必要です。

備考

ジェノダイブファーマ株式会社

〒243-0003

神奈川県厚木市寿町3-1-1 ルリエ本厚木9階

TEL: 046-240-7513 FAX: 046-240-7593



医療関係者用