

追加解析 依頼書

タイピング方法			
<input checked="" type="checkbox"/>	Luminex	<input type="checkbox"/>	NGS (PCR)
<input type="checkbox"/>	SBT	<input type="checkbox"/>	NGS (キャプチャー)
<input type="checkbox"/>	KIRハプロタイピング (Luminex)		
<input type="checkbox"/>	KIRタイピング (NGS法)		
抗体検査方法			
抗体スクリーニング		抗体特異性同定検査	
<input type="checkbox"/>	LS Mix (One Lambda) & LMX (LIFE CODES)	<input type="checkbox"/>	LS Single I (One Lambda)
<input type="checkbox"/>	LS PRA Class I (One Lambda)	<input checked="" type="checkbox"/>	LS Single II (One Lambda)
<input type="checkbox"/>	LS PRA Class II (One Lambda)		
その他			
<input type="checkbox"/>	その他		

↑検査方法を選択して下さい

対象検体名	報告日	解析内容
1 前回報告時と	前回の報告日	ご希望の解析内容を 具体的にご記入下さい。
2 同じ検体名を		
3 ご記入下さい		
4	年 月 日	
5	年 月 日	
6	年 月 日	
7	年 月 日	
8	年 月 日	
9	年 月 日	
10	年 月 日	
計		合計検体数 検体

* 検体数が多い場合は別紙または下記に検体名をご記入ください

連絡事項
結果をお急ぎの場合など、お申し送り事項がある場合は必ずご記入下さい

依頼日
本依頼書提出日

発注元	
機関名	ご依頼される機関名
ご担当者	お申込みご担当者様のご氏名
ご住所	ご依頼される機関の住所
電話/FAX	ご依頼される機関の電話番号、FAX番号
Mail	ご担当者様のEmailアドレス
報告先	
機関名	※発注元と異なる場合のみ記載
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

請求書	
宛名	※発注元と異なる場合のみ記載
ご住所	

* ご請求先が発注元と異なる場合はご記入ください

* 都度の発行となります

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

