

検体送付状/KIRハプロ・アリルタイピング発注書(キャプチャー法)

送付、発注元機関	機関名 ご住所 Tel/Fax :
-----------------	-----------------------------

発注元担当者	ご氏名	E-mail:
---------------	-----	---------

送付日	年 月 日	到着予定日	年 月 日
送付する検体の種類	血液(全血 / リンパ球 / 白血球)・細胞・DNA・唾液・スワブ・ろ紙		

発送伝票番号		-		-	
---------------	--	---	--	---	--

送付検体ID			

送付検体数		件
--------------	--	---

KIR遺伝子座の選択	<input type="checkbox"/> すべてのKIR遺伝子座のタイピング			
	<input type="checkbox"/> 2DL1	<input type="checkbox"/> 2DL2	<input type="checkbox"/> 2DL3	<input type="checkbox"/> 2DL4
	<input type="checkbox"/> 2DL5A	<input type="checkbox"/> 2DL5B	<input type="checkbox"/> 3DL1	<input type="checkbox"/> 3DL2
	<input type="checkbox"/> 3DL3	<input type="checkbox"/> 2DS1	<input type="checkbox"/> 2DS2	<input type="checkbox"/> 2DS3
	<input type="checkbox"/> 2DS4	<input type="checkbox"/> 2DS5	<input type="checkbox"/> 3DS1	<input type="checkbox"/> 2DP1
	<input type="checkbox"/> 3DP1	<input type="checkbox"/> 3DX1		

タイピング遺伝子座数		座
-------------------	--	---

送付、発注先	ジェノダイブファーマ株式会社 〒243-0018 神奈川県厚木市中町4-14-1 サクセス本厚木ビル7階 TEL: 046-240-7513 FAX:046-240-7593 E-mail: hla@genodive.co.jp
---------------	--

備考	※お申し送り事項をご記入ください。

- * 検体によりタイピングする遺伝子座が異なる場合は、送付/発注状を分けてくださいますようお願いいたします。
- * 検体到着の前日まで、添付ファイルとして弊社までメールまたはFAXをお願いいたします。
検体受領後、メールにて受領した旨を返信いたします。
- * 検体数が多い場合は、別紙にてID情報をご連絡くださいますようお願いいたします。
通し番号の場合は、~でご記載頂いても構いません。(例、GDP1~10)