

## 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)

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

<b>発注元担当者</b>	ご氏名	E-mail:
---------------	-----	---------

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

※ 唾液・スワブは休止中です

<b>発送伝票番号</b>		-		-	
---------------	--	---	--	---	--

<b>送付検体ID</b>			

<b>送付検体数</b>		件
--------------	--	---

<b>KIR遺伝子座の選択</b>	<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		

<b>タイピング遺伝子座数</b>		座
-------------------	--	---

<b>送付、発注先</b>	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
---------------	--

<b>備考</b>	※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に、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)