

血液学解析受託サービス依頼書

申し込み日： 年 月 日

下記サンプルの血液学解析を依頼します。

NO,	サンプル名	週齢	備考	NO,	サンプル名	週齢	備考
1		w		11		w	
2		w		12		w	
3		w		13		w	
4		w		14		w	
5		w		15		w	
6		w		16		w	
7		w		17		w	
8		w		18		w	
9		w		19		w	
10		w		20		w	

※ 検査料金 1 検体 3,300 円

<特記事項>

採血開始時間：

採血方法：

抗凝固剤名：

依頼者：KMC 登録番号 _____

氏名 _____ 所属 _____ 内線 _____

E-mail _____



熊本マウスクリニック