

# 生化学検査受託サービス依頼書

申し込み日： 年 月 日

下記サンプルの生化学検査を依頼します。

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

※ 検査料金 電解質測定有の場合：1 検体 2,000 円

電解質測定無の場合：1 検体 1,700 円

<特記事項>

採血日： 年 月 日

採血方法：

凝固促進： 有 ・ 無

保存方法：

測定後残ったサンプルの必要性： 要 (4℃ ・ -18℃) ・ 不要

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



Institute  
of Resource  
Development  
and Analysis