

依頼番号

ICLAS モニタリングセンター 病理標本作製依頼書

ご依頼日： 年 月 日 () 検体到着日： 年 月 日 ()

ご依頼者施設名：

ご依頼者名：

所在地：〒

TEL：

FAX：

E-mail：

検体の種類： 動物 臓器 その他()

検体数：

動物種：

週齢：

系統名：

性別： ♂ ♀

※ 検体が臓器の場合

臓器名：

採材月日： 月 日

固定液：

臨床経過(異常発生状況、病巣に関する所見など)

要望事項