

依頼番号

ICLAS モニタリングセンター 無菌検査依頼書

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: 〒

メールアドレス:

TEL:

FAX:

※ 必要事項のご記入、該当箇所には○をお付けください。

検体の種類: 3点セット(糞便、床敷、拭取り) 糞便 拭取り その他()

検体数: 検体

動物種: マウス ラット その他()

系統名:

検査項目(ご依頼の項目チェック欄に○してください。)

項目	検査内容	検査対象	チェック欄
GF セット	糞便:TGC/PDA/直接塗抹標本、床敷:TGC/PDA、拭取り:PDA	細菌 / 真菌	
単項目 A	糞便:TGC/直接塗抹標本	細菌	
単項目 B	床敷、拭取り:TGC	細菌	
単項目 C	糞便、床敷、拭取り:PDA	真菌	

検体 ID 記入欄

	検体 ID
1	
2	
3	
4	
5	

	検体 ID
6	
7	
8	
9	
10	

備考(その他、ご希望などありましたらご記入ください。)