

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 |
|----------|--------------------------------------|---------|-------|
| CIEA 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。)