

依頼番号

## ICLAS モニタリングセンター 腸内細菌叢検査依頼書

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: 内線( ) FAX:

◆検体情報 (必要事項をご記入いただき、該当箇所には○をお付けください。)

検体数: 検体

動物種: マウス ラット その他( )

検体の種類: 糞便 盲腸内容物 その他( )

◆ 結果報告の追加ご希望

基本報告形式:

T-RFs プロファイル像、OTU ピーク面積比(表、棒グラフ)、推定菌群ピーク面積比(表、棒グラフ)

追加ご希望(記入欄に○をお付けください。)

菌叢比較解析: クラスター分析 ※	
菌叢比較解析: 主座標分析 ※	

※クラスター分析と主座標分析の両方をご希望の場合には、別途料金(¥900)がかかります。

備考 (オプション項目のご希望、その他ご要望などありましたらご記入ください。)