

お客様 ID

検体到着予定日	枚目 / 枚数
月 日	/

ご登録名

(ご担当者名:)

ご請求先様 ※ご登録者様と異なる場合はご記入下さい

注)ご請求先様がご登録者様と異なる場合も
ご請求書はご登録者様に発送致します。

農家様名

**③ 個体番号をご記入の上
検体の種類に☑してください**

① 分析項目を ひとつ お選びください

(A) 黄色ブドウ球菌

(B) 黄色ブドウ球菌 + マイコプラズマ属 PCR

検体番号	個体番号など	バルク	個体
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**② オプションメニューをお選び下さい
(任意)**


(B) のオプション

マイコプラズマ 8 菌種同定

マイコ・ボビス同定

マイコ寒天培養

通信欄

 ご依頼書は分析項目ごとにご用意下さい。また可能な限り電子データでの送付にご協力ください。

FAX : 0123-25-5887 (24 時間受付)

TEL : 0123-25-5886 (平日 10 時 ~ 16 時。土曜・日曜・祝日はご利用できません。)