

お客様 ID

ご登録名

(ご担当者名:)

農家様名

① MIC希望の菌種を **全て** お選びください

(A) MIC同定検査-**M.bovis** スwab

(B) MIC同定検査-**P.multocida**

(B) MIC同定検査-**M.haemolytica**

(C) MIC同定検査-**M.bovis** 乳

(D) MIC同定検査-**S.aureus**

【検体送付方法は以下の通りです】

分析項目	必要な検体	送付方法
(A)のみ	スワブ1本	4℃
(B)のみ	スワブ1本	4℃
(A)+(B)	スワブ2本	4℃
(C) or(D)	乳 (スピッツ管10ml程度)	冷凍

通信欄

検体到着予定日	枚目 / 枚数
月 日	/

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。

③ 個体番号をご記入の上 検体の種類に☑してください

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



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ご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。)