

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) マイコプラズマ属 PCR

(B) マイコプラズマ・ボビス PCR 同定

(A) 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)**

(A) 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

(B) のオプション

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。)