

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			
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"/>

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

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 : 011-376-0605 (24時間受付)

TEL : 011-376-0601 (平日 10時 ~ 16時。土曜・日曜・祝日はご利用できません。)