

測定依頼書

記入日	平成	年	月	日						
施設名					所属部署					
住所 〒	-									
依頼者名	様				電話:	-	-	FAX:	-	-
E-mail					検体発送予定日	平成	年	月	日	発
ご依頼される測定項目、検体条件、動物種のチェックボックスに☑を入れ、検体数を記入してください。										
測定項目	検体条件		動物種		Replicates		検体数			
<input type="checkbox"/> 高分子アディポネクチン	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> アポリipoprotein B-48	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> ウサギ		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> アルブミン	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿 <input type="checkbox"/> 尿		<input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> インスリン(*1)	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> イヌ <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> ウシ <input type="checkbox"/> サル <input type="checkbox"/> ブタ <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> インスリン(*2)	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> プロインスリン	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> レプチン	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> C-ペプチド	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> GLP-1(7-36)amide	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> ラット		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> GH	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> ラット		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> ラット		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> ラット		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> IgE	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス <input type="checkbox"/> ラット		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> マウス 抗 OVA-IgE	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> マウス 抗 OVA-IgG1	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> マウス リウマチ因子-IgG	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> マウス リウマチ因子-IgM	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> マウス 抗 dsDNA-IgG	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
<input type="checkbox"/> マウス 抗 ssDNA-IgG	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血漿		<input type="checkbox"/> マウス		<input type="checkbox"/> 2重 <input type="checkbox"/> 3重		本			
記入内容をもう一度ご確認の上、下記チェックボックスに☑を入れてください。										
<input type="checkbox"/> 受託測定案内書記、見積書載事項を確認し、受託測定を依頼します。										
取扱販売店名	担当				TEL:	-	-			

*ご記入頂きましたお客様の個人情報は、弊社受託測定業務、関連するサービスの情報提供に利用致します。

検体送付先:

〒377-0007 群馬県渋川市石原 1062-1 富士フィルムワコーシバヤギ株式会社 学術営業・事務グループ
TEL:0279-25-0279

検体情報

(/ 枚)

検体送付時に同封してください。

1つの検体で複数項目の測定をされる場合は、測定項目欄に測定される項目を全てご記入ください。

No.	検体名または ID	チューブ記載名	送付検体量	残検体の返送	測定項目	備考(絶食時間、希釈倍率指定等)
1			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
2			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
3			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
4			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
5			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
6			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
7			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
8			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
9			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
10			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
11			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
12			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
13			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
14			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
15			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
16			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
17			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
18			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
19			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
20			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		

検体送付先:

〒377-0007 群馬県渋川市石原 1062-1 富士フイルムワコー株式会社 学術営業・事務グループ TEL:0279-25-0279

検体情報

(/ 枚)

検体送付時に同封してください。

1つの検体で複数項目の測定をされる場合は、測定項目欄に測定される項目を全てご記入ください。

No.	検体名または ID	チューブ記載名	送付検体量	残検体の返送	測定項目	備考(絶食時間、希釈倍率指定等)
21			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
22			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
23			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
24			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
25			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
26			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
27			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
28			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
29			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
30			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
31			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
32			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
33			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
34			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
35			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
36			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
37			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
38			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
39			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
40			μL	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		

検体送付先:

〒377-0007 群馬県渋川市石原 1062-1 富士フイルムワコーシバヤギ株式会社 学術営業・事務グループ TEL:0279-25-0279

