**受託測定依頼書**

|  |  |
| --- | --- |
| ご依頼日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| ご所属 |  |
| お名前 |  |
| ご住所 | 〒 |
| TEL |  |
| 代理店名 |  |
| ご担当者名 |  |
| ご住所 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-Mail |  |

測定項目

|  |  |
| --- | --- |
| 測定項目 | □ヒアルロン酸定量　（製品コード：CR-HAQ-X）（X：検体数） |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

検体情報

|  |  |
| --- | --- |
| 生物種 | □ヒト　　□動物（種名：　　　　　　　　　　） |
| 種類 | □血清　　□血漿　　□培養上清（□FBS等の血清含有：　　　%） |
| 検体数 | 　　　　　　　検体 |

１）ヒト検体の場合、病原性レベルが、レベル3以上の微生物等あるいはHIV、HBV、HCVに感染している、あるいは感染している疑いのある患者由来の検体はお引き受けできません。

２）組織消化、抽出操作等が必要な場合は、別途、お見積いたします。

３）ご送付いただく各検体の容量は0.5mL以上とさせていただきます。

４）残余検体はご返却いたしません。

５）検体チューブには、なるべく通しの検体番号（1、2、3・・・）を記入してください。試験報告書には検体番号のみを記載します。

****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検体番号 | チューブラベル | 備考 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |
| 26 |  |  |
| 27 |  |  |
| 28 |  |  |
| 29 |  |  |
| 30 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検体番号 | チューブラベル | 備考 |
| 31 |  |  |
| 32 |  |  |
| 33 |  |  |
| 34 |  |  |
| 35 |  |  |
| 36 |  |  |
| 37 |  |  |
| 38 |  |  |
| 39 |  |  |
| 40 |  |  |
| 41 |  |  |
| 42 |  |  |
| 43 |  |  |
| 44 |  |  |
| 45 |  |  |
| 46 |  |  |
| 47 |  |  |
| 48 |  |  |
| 49 |  |  |
| 50 |  |  |
| 51 |  |  |
| 52 |  |  |
| 53 |  |  |
| 54 |  |  |
| 55 |  |  |
| 56 |  |  |
| 57 |  |  |
| 58 |  |  |
| 59 |  |  |
| 60 |  |  |