

【BVDV 検査】試験依頼書

記入日 年 月 日 太枠内の記入をお願いします。

事業所名		受付番号	
所 属		受付日	年 月 日
所 在 地	〒	ご担当	様
E-mail		電 話	
		ファクシミリ	
		報告	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ファクシミリ

検体名と参考情報をご記載ください。ご請求先が異なる場合は備考欄に請求先情報を記載して下さい。

検体情報	検体名	
	複数検体で書ききれない場合はリストを添付して下さい。	
試験情報	検査方法	E L I S A
	検査数量	合計 検体
	検体種類	<input type="checkbox"/> 体組織 <input type="checkbox"/> 血清 検体は冷蔵送付・平日着をお願いします。
<input type="checkbox"/> 報告書はご記載の検体名で作成となります。 <input type="checkbox"/> 検体から遺伝子を抽出するため、破損されます。試験開始以後は検体返却の可能性については事前にご相談をお願いします。		

【特記事項】

お問い合わせ・検体送付先：

株式会社 AHC 家畜病院附属研究所 〒371-0831 群馬県前橋市小相木町 343-1 (電話：027-253-1515 ファクシミリ：027-252-9369)

弊社の[検査利用規約](#)にご承諾をお願いします。ご依頼を以て検査利用規約をご承諾頂いたものとしてお取り扱いさせていただきます。