

骨検査依頼書

受付番号：



株式会社クレハ分析センター 行

お客様へのお願い

- ◆太線の枠内に必要事項をご記入の上、必ずご提出下さい。
- ◆用紙が足りない場合は、別のA4判紙に記入し添付下さい。
- ◆本依頼書は印刷・ご捺印のうえ、FAX または PDF でご返送いただくか、試料と共にお送りくださいますようお願い致します。

株式会社クレハ分析センター
医薬部 骨検査室

〒169-8503 東京都新宿区百人町3-26-2

TEL. 03-3362-7408

FAX. 03-3362-7433

2014年10月14日版

依頼件名				見積番号	STB	
ご依頼年月日		年	月	日	希望納期	
ご依頼者(ご担当者)	ふりがな 施設名					
	所在地	〒				
	所属		ふりがな 氏名	㊟		
	TEL		FAX			
	E-mail					
請求書	宛名	◆請求書の宛名書をご記入ください				
	送付先	◆部署名、ご氏名までご記入ください 〒				
試料	試料数：	点	持込・託送・弊社採取	添付資料：有・無	◆試料は検査終了時にご返送させていただきます。	
	試料名					
	検体由来、その他検査上の参考情報					
	毒性・安全性等取扱上の注意、保管注意					
検査	測定・検査項目、検査目的、検査方法					
報告書	種類	検査報告書・その他（ ）				
	宛名				部数：	部
	送付先	〒				
備考						
整理番号	L ASL	M GLC170	N A	O SL3Z	P L10	R
検体受領		報告書		受付	弊社担当者	㊟