

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

〒974-8232 福島県いわき市錦町落合 16

TEL. 0246-63-5240

FAX. 0246-62-6163

2014年10月14日版

依頼件名		見積番号	
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	印
	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
	試料名	添付資料：有・無	
	検体由来、その他検査上の参考情報	◆試料は検査終了時にご返送させていただきます。	
	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