

検査依頼書・検体受領書
[抗 ZSCAN1 抗体/抗 Nax 抗体 (ROHHAD 症候群関連自己抗体)]

【ご依頼にあたって】

この依頼書に必要事項をご記入の上、検体（凍結血清 150 μ L）に同封して送付ください。
検体は、ヤマト運輸の「平日（月曜日～金曜日）16 時迄に到着」のご指定をお願いします。
なお、到着まで凍結状態が保てるように発泡スチロール容器にドライアイス又は保冷剤を入れてください。

【検査項目】

検出抗体（抗原）	抗 ZSCAN1 抗体（ZSCAN1）,抗 Nax 抗体（SCN7A_D1078-V1128）
----------	---

【依頼者様情報】

委託元（報告書の宛名に使用させていただきます。 ※必須項目）	
委託 年月日※	
施設名※	
部署・氏名※	
住所・連絡先	（住所※）〒 （電話番号※）： （FAX）： （e-mail ）：
検査結果報告書の送付方法	郵便 ・ e-mail ・ FAX ・ その他（ ）
請求書送付先（請求書の宛名に使用させていただきます。郵便にて請求書を送付致します。空欄の場合、委託元に送付致します。）	
施設名	
部署・氏名	
住所・連絡先	〒 電話番号： FAX： e-mail：

【ご注意事項】 ①この依頼書の測定は研究検査です。診断目的には使用できません。②依頼書に記載されている個人・患者情報は、同意がある場合を除き測定以外の目的には使用しません。③お預かりした検体は、検査終了後に廃棄します。④ご依頼の検査の代金及び代金の支払い方法は、検査案内書をご確認ください。

連絡事項

【検体送付先・お問合せ先】

株式会社伏見製薬所 衛生検査センター 〒763-0042 香川県丸亀市港町 307 TEL：0877-22-6276 FAX：0877-22-6280 e-mail：th@fushimi.co.jp

検体受領書（弊社記入欄です。ご記入は不要です）

依頼書 No.		検体受付日	/ /	数量	本	受付者	
---------	--	-------	-----	----	---	-----	--

ご依頼いただいた検体は、(株)伏見製薬所衛生検査センターにて受領いたしました。

