

送
付
依
先
頼



〒839-0864

福岡県久留米市百年公園1-1 久留米リサーチセンタービル1階

ビジョンバイオ株式会社

ビジョンバイオ株式会社 (電話：0942-36-3100)

血痕(付着血液)検査

ご依頼日

ご依頼主 (会社名等)	フリガナ			
	部署名		ご担当者名	
連絡先	住所	〒		
	電話		FAX	
	E-mail (速報先)	※速報先は1件のみ		
検査業務規約	<input type="checkbox"/> 同意します		E-mail速報希望	<input type="checkbox"/>
請求に関する連絡事項		その他ご要望、事前調整事項		

* 必須記載 (記載がない場合はお受付できかねますので、必ずご記載ください。)

報告書宛名			
試料の返却	要	返却先	

No.	試料名*	検査項目*	試料の破壊*	全量消費*
1		ヒト血痕判別検査	可	可
		性別DNA型検査		
		ABO式血液型DNA検査	不可	不可
		性別・血液型セット		
事前検査 情報		追加検査 予定	性別DNA型	性別+血液型
			ABO式血液型DNA	動物DNA同定

No.	試料名*	検査項目*	試料の破壊*	全量消費*
2		ヒト血痕判別検査	可	可
		性別DNA型検査		
		ABO式血液型DNA検査	不可	不可
		性別・血液型セット		
事前検査 情報		追加検査 予定	性別DNA型	性別+血液型
			ABO式血液型DNA	動物DNA同定

-----以下、弊社使用欄-----

①	受付No.						②	受付No.						特記事項
	受付日							受付日						
	結果速報 予定日							結果速報 予定日						
	試験品受領	DB入力	試験品受入	試験実施	結果精査	報告書承認		試験品受領	DB入力	試験品受入	試験実施	結果精査	報告書承認	
弊社担当			保管条件	常・蔵・凍		返却 輸送条件	あり			常・蔵・凍				

血痕(付着血液)検査

ご依頼日

ご依頼主 (会社名等)	フリガナ	
報告書宛名		

No.	試料名*	検査項目*	試料の破壊*	全量消費*
		ヒト血痕判別検査	可	可
		性別DNA型検査		
		ABO式血液型DNA検査	不可	不可
		性別・血液型セット		
事前検査 情報		追加検査 予定	性別DNA型 ABO式血液型DNA	性別+血液型 動物DNA同定

No.	試料名*	検査項目*	試料の破壊*	全量消費*
		ヒト血痕判別検査	可	可
		性別DNA型検査		
		ABO式血液型DNA検査	不可	不可
		性別・血液型セット		
事前検査 情報		追加検査 予定	性別DNA型 ABO式血液型DNA	性別+血液型 動物DNA同定

No.	試料名*	検査項目*	試料の破壊*	全量消費*
		ヒト血痕判別検査	可	可
		性別DNA型検査		
		ABO式血液型DNA検査	不可	不可
		性別・血液型セット		
事前検査 情報		追加検査 予定	性別DNA型 ABO式血液型DNA	性別+血液型 動物DNA同定

No.	試料名*	検査項目*	試料の破壊*	全量消費*
		ヒト血痕判別検査	可	可
		性別DNA型検査		
		ABO式血液型DNA検査	不可	不可
		性別・血液型セット		
事前検査 情報		追加検査 予定	性別DNA型 ABO式血液型DNA	性別+血液型 動物DNA同定

No.	試料名*	検査項目*	試料の破壊*	全量消費*
		ヒト血痕判別検査	可	可
		性別DNA型検査		
		ABO式血液型DNA検査	不可	不可
		性別・血液型セット		
事前検査 情報		追加検査 予定	性別DNA型 ABO式血液型DNA	性別+血液型 動物DNA同定

-----以下、弊社使用欄-----

①	受付No.	②	受付No.	特記事項
	受付日		受付日	
	結果速報 予定日		結果速報 予定日	