（様式 １）

検 査 依 頼 書

年　　月　　日

国立大学法人帯広畜産大学

動物医療センター長　宛

氏名：

住所：

TEL：

FAX：

E-mail：

検査の検体を下記のとおり送付しますので、検査を依頼します。

1. 検査項目：

2. 検 体 数：

3. 検体性状： 全血・血漿・血清・その他　(　　　 )

4. 検体情報： 別添

5. 連絡事項： 必要な場合にご記入下さい

受　付：　　年　　月　　日

原虫病研究センター　事務室

動物医療センター　事務室

動物医療センター長

検 査 検 体 情 報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  検 体 名（検体番号） | 検 査 項 目 | 備　　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

検体送付・連絡先

〒080-8555

帯広市稲田町西２線１３番地

帯広畜産大学　原虫病研究センター

検査担当：

TEL：

FAX：

E-mail：