# ノロウィルス検便　RT-PCR 検査依頼書

FAX 返信先：株式会社 BML ﾌｰﾄﾞ・ｻｲｴﾝｽ　営業開発部（FAX:03-5988-0259）
検体の送付先：〒350-0815 埼玉県川越市大字鯨井 1102
株式会社 BML ﾌｰﾄﾞ・ｻｲｴﾝｽ埼玉第二検査ｾﾝﾀｰ（TEL:049-298-8443）

記入(依頼)日　　年　　月　　日

⇒太枠内を、ご記入下さい。

依頼者様からの情報
企業名
「　　」
部署名　（施設名）
「　　」
担当者のお名前
「　　様」
お電話番号
（　　－　　－　　）

BFS使用
施設ｺｰﾄﾞ
検査項目ｺｰﾄﾞ １１５００４
ＲＴ－ＰＣＲ法

## 【依頼者様へお願い】

1. 検体は冷蔵で保管し、冷蔵便でお送りください。
2. この検査依頼書は、「依頼者様からの情報」と「受検者名（カタカナ）」をご記入ください。
3. ご記入後は、
   (1) 03 から始まる番号に FAX していただき、
   (2) 検査依頼書の原本は、検体と共に上記住所までご送付ください。
   （原本コピーを、依頼者様控として保管してください。）

⇒太枠内を、ご記入下さい。

| | |
|---|---|
| 受検者名　１　カタカナで記入 | 受検者名　１１　カタカナで記入 |
| 受検者名　２　カタカナで記入 | 受検者名　１２　カタカナで記入 |
| 受検者名　３　カタカナで記入 | 受検者名　１３　カタカナで記入 |
| 受検者名　４　カタカナで記入 | 受検者名　１４　カタカナで記入 |
| 受検者名　５　カタカナで記入 | 受検者名　１５　カタカナで記入 |
| 受検者名　６　カタカナで記入 | 受検者名　１６　カタカナで記入 |
| 受検者名　７　カタカナで記入 | 受検者名　１７　カタカナで記入 |
| 受検者名　８　カタカナで記入 | 受検者名　１８　カタカナで記入 |
| 受検者名　９　カタカナで記入 | 受検者名　１９　カタカナで記入 |
| 受検者名　１０　カタカナで記入 | 受検者名　２０　カタカナで記入 |