

# 検査依頼書 兼 検体受領書 【 抗gAChR抗体 】

**必要事項にご記入の上、検体( 血清500 $\mu$ L )に同封して送付ください。**

\* 検体の到着は平日(月曜日～金曜日)の午前中指定でお願いします。

## 【ご依頼者様情報】

\* 報告書のお宛名に使用させていただきます。検体の受領書を送付しますので、必ずFAX、E-Mailを記載して下さい。

ご施設名	ご住所
ご所属	TEL / FAX
お名前	E-Mail

## 【検査項目名】

\* ご希望の検査項目欄にチェック(レ)し、検体番号を記載してください。

検査項目名	測定依頼数	検体によって測定項目が異なる場合、それぞれ患者IDを記載して下さい
1 <input type="checkbox"/> 抗gAChR抗体	件	
2 <input type="checkbox"/>	件	
3 <input type="checkbox"/>	件	
4 <input type="checkbox"/>	件	
5 <input type="checkbox"/>	件	

## 【患者情報】

\* 検体の取違い防止のために、下記事項の記載をお願いいたします。

検体番号	患者ID(検体容器にも必ず記載して下さい)	性別	年齢	採取年月日:	検体の種類・本数
1		男・女			
2		男・女			
3		男・女			
4		男・女			
5		男・女			
6		男・女			

## 【検体の確認】

※合計本数を記載し、保存状態を確認してください。

<委託検体数>			依頼年月日		
保存状態	本数	保存状態の異常の有無	年	月	日
凍結(-10 $^{\circ}$ C以下)		有・無	発送者		

### 《注意事項》

\* 本依頼書件、受領書に記載されている個人・患者情報は本測定以外には使用いたしません。

\* お預かりした検体は、検査終了後に廃棄いたします。

下記は弊社記入欄のため記入しないでください。

## 【検体受領書】

ご依頼いただいた検体につきまして、(株)コスミックコーポレーションにて受領致しました。

受領検体:	血清 ( 本 ) ・ その他 ( ) ( 本 )
備考	
検体受領日	年 月 日 検体受領者

検査依頼書No.

<検体送付先・お問い合わせ先>

株式会社コスミックコーポレーション 営業部  
〒112-0002 東京都文京区小石川2-7-3 富坂ビル  
TEL:03-5802-5971 Mail:cc@cosmic-jpn.co.jp