

KIRタイピング発注書

タイピング方法	
<input checked="" type="checkbox"/>	KIRハプロタイピング (Luminex)
<input type="checkbox"/>	KIRアレレルタイピング (キャプチャー)

↑タイピング方法を選択してください

遺伝子座		
2DL1	2DL2	2DL3
2DL4	2DL5	3DL1
3DL2	3DL3	2DS1
2DS2	2DS3	2DS4
2DS5	3DS1	2DP1
3DP1	3DX1(キャプチャーのみ)	

検体名			
1	検体の名前、番号等、匿名化したID	11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	
	計	合計検体数	検体

* 個人情報保護の観点から検体名の匿名化にご協力をお願いいたします。

* 検体数が多い場合は別紙に検体名をご記入ください。

* 人種により解析方法が異なる場合がございますので、人種の記載にご協力をお願いいたします。

検体の種類			
<input checked="" type="checkbox"/>	全血	<input type="checkbox"/>	唾液
<input type="checkbox"/>	白血球 (リンパ球・顆粒球)	<input type="checkbox"/>	スワブ (Luminexのみ)
<input type="checkbox"/>	培養細胞	<input type="checkbox"/>	ろ紙 (Luminexのみ)
<input type="checkbox"/>	DNA	<input type="checkbox"/>	その他

* その他を選択する場合、一度ご相談ください。

↑検体の種類を選択してください

送付日	到着予定日
検体の発送日	弊社への到着日

発注元	
機関名	ご依頼される機関名
ご担当者	お申込みご担当者様のご氏名
ご住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ご依頼される機関の住所
電話/FAX	ご依頼される機関の電話番号
Mail	ご担当者様のEmailアドレス

報告先	
機関名	※発注元と異なる場合のみ記載
ご担当者	
ご住所	〒
電話/FAX	
Mail	

* 報告先が発注元と異なる場合はご記入ください。

運送機関			
<input checked="" type="checkbox"/>	ヤマト運輸	<input type="checkbox"/>	ゆうパック
<input type="checkbox"/>	佐川急便	<input type="checkbox"/>	レターパック
<input type="checkbox"/>	西濃	<input type="checkbox"/>	その他 ()
伝票番号	お荷物発送時の問い合わせ番号		

* 伝票番号は到着予定日に届かない場合の荷物の追跡に必要です。

備考
結果をお急ぎの場合など、お申し送り事項がある場合は必ずご記入ください

検体の保管期間

検査終了後の検体は、一定期間(1年間)保管させていただきます。

当社とご契約時、保管・返却等について取り決めのある場合は、その内容に即し対応いたします。

保管期間を超過した検査終了後検体の精度管理目的等への利用について

保管期間を経過した検査終了後検体は、個人情報が特定されない状態に検体情報を加工した後、

当社の精度管理の目的等に使用することがあります。

塩基配列やHLAタイプ等そのものが個人識別符号である場合は、個人識別性を排除しないまま精度管理に利用しますが、厳重に取り扱い、個人情報の保護に努めます。

当社が精度管理等に検体を使用することを希望されない場合は、備考に記載をお願いいたします。

ジェノダイブファーマ株式会社

〒243-0003

神奈川県厚木市寿町3-1-1 ルリ工本厚木9F

TEL: 046-240-7513 FAX: 046-240-7593



医療関係者用