

送付・発送元機関

機関名	〇〇クリニック				
住所	〇〇県〇〇市				
担当者様	受領書送付先	氏名	〇〇太郎	電話	**-*--**--****
		Email	××@××.com	FAX	**-*--**--****
	経過結果報告先	氏名	〇〇花子	電話	**-*--**--****
		Email	××@××.com	FAX	**-*--**--****
		氏名		電話	
	その他	Email		FAX	
		氏名		電話	
		Email		FAX	

送付情報

運送会社	△△運送		
発送年月日	20×× 年	×× 月	×× 日

検体情報

- ・ 検体IDは必ずご記入ください。採血日時が未確定の場合は予定
- ・ 同意書取得確認のため、「同意書取得」の欄に必ずチェックを
- ・ 報告書は日本語または英語で作成いたします。英語版報告書の「英語」にチェックをお願いします。
- ・ 同一被検者様の2回目以降の検査は、検査名横の「再」の欄に

※必須  
本検査の実施には、検査を受けていただく方に、検査について十分ご説明申しあげた上で、検査実施に同意していただいていることが必要になります。

検査名	再	検体ID	採血日	採血時刻	同意書取得	報告書言語
R2	<input type="checkbox"/>	匿名化したID	×× 月 ×× 日	時	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 英語
R2	<input type="checkbox"/>	匿名化したID	×× 月 ×× 日	時	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 英語
R2	<input checked="" type="checkbox"/>	匿名化したID	×× 月 ×× 日	時	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 英語
R2	<input type="checkbox"/>		月 日	時		
R2	<input type="checkbox"/>		月 日	時		
R2	<input type="checkbox"/>		月 日	時		

↑  
2回目以降の検査の場合は「再」をチェックして下さい

↑  
報告書は通常日本語で作成いたします。英語をご希望の場合、該当欄にチェックして下さい。

送付検体数

3 件

← 送付検体数をご記入下さい

特記事項

お申し送り事項がある場合はご記入下さい

発注先

ジェノダイブファーマ株式会社 代表取締役 細谷 繁

・ 本社  
〒243-0003 神奈川県厚木市寿町3丁目1番1号 ルリエ本厚木9階  
Tel: 046-240-7513 Fax: 046-240-7593 Email: hla@genodive.co.jp

・ 沖縄支店  
〒904-2234 沖縄県うるま市字州崎5-8 沖縄ライフサイエンス研究センター114  
Tel/Fax: 098-987-8898 Email: liquid@genodive.co.jp / hla@genodive.co.jp

- ・ 検体到着の前日までに、本状をメールまたはFAXにて弊社までお送りください。
- ・ 検体受領後、「検体受領・検査受託書」をメールにてお送りいたします。