

血清中インジウム濃度検査依頼書

検査ご依頼日 年 月 日

お客様情報

貴社名			
貴部署名			
ご担当者名			
ご住所			
郵便番号		E-mail	
電話番号		FAX番号	

E-mailアドレスはE-mailにて結果報告が必要な場合にご記入ください

検体情報

KL-6, SP-D, SP-A 検査を希望される場合は明記してください		合計	件
--------------------------------------	--	----	---

お願い

検体には番号、受診者名、性別、年齢を記入ください

検体情報欄は検体に付した番号、受診者名、性別、年齢、採取年月日をお書きください

上記スペースに書ききれない場合は別途名簿等を添付いただきますようお願いいたします

番号は重複しない数字・記号(アルファベット等)をご使用ください

その他、特記事項・注意すべき事柄などがありましたらご記入ください

検査結果は結果報告書を郵送にてお返しいたします

ただし基準値3 $\mu\text{g/l}$ 以上の濃度を検出した場合は速報としまして電話にてご連絡申し上げます

それ以外に結果報告が必要な場合は 内に をご記入ください

FAX

E-mail

個人情報保護のため暗号化ソフトを使用して報告します

上記に記入いただきましたお客様情報の宛先に結果報告書とご請求書を送付させていただきます

また、検体を受領後、ファクシミリにて検査受領書を送信させていただきます

上記の宛先以外に送付・連絡をご希望の場合は下記スペースにご記入ください

--

検体の採取と送付のお願い

検体は血清分離採血管にて採血いただき、可能でしたら遠心分離までお願いいたします

必要採血量は血清として1ml以上です

検体は冷蔵(4~10)で保管してください

遠心分離ができない場合は、冷蔵にて速やかに送付いただきますようお願いいたします

送付用の梱包箱(無料)を準備しておりますので、ご入用の場合は事前に請求してください

送付・連絡先

一般財団法人京都工場保健会衛生検査所

京都市中京区西ノ京北壺井町67番地

〒604-8472 075-823-2591 Fax075-823-0527