

Toxic AGEs 測定依頼書

本測定依頼書(太枠内)を記入し、事前に E-mail または FAX にて送信してください。

申込の際は以下の点にご注意ください。

- ・ ご自身の検体管理番号は、必ずご記入ください。
- ・ ご依頼件数の多い方は、測定依頼書の2ページ目をコピーしてご利用ください。
- ・ ご依頼の検体に管理書類がありましたら、そのファイルを E-mail にて送付いただくことも可能です。

検体発送予定日: 年 月 日		当社使用欄	
		依頼 No.:	確認:
貴社名:			
貴部署名:			
ご担当者名:			
ご住所: 〒			
TEL:	FAX:	E-mail:	
ご請求先:			
ご請求先が貴社と異なる場合、ご記入ください。			

◆ご依頼内容 (種類、検体種別は該当のものを選択してください)

1 / ページ

当社使用欄	検体管理番号	種類	検体種別	検体量(ml)
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> その他()	

◆特記事項 (ご要望等についてご記入ください)

【測定依頼書・検体送付先、お問い合わせ先】 Bloom Technology 株式会社

〒860-0812 熊本県熊本市中央区南熊本 3 丁目 14-3 くまもと大学連携インキュベータ 304 号

Tel: 096-375-5511 Fax: 096-206-1787 Email: info@bloom-technology.co.jp

