

検査依頼書

株式会社 伏見製薬所 衛生検査センター

委 託 元	
委託年月日	
名称	
住所	〒
担当者の氏名	
担当者の連絡先	電話
	FAX
	e-mail
試 験 成 績	
送付先住所	〒
送付先氏名	
送付方法	郵送 FAX e-mail その他
請 求 書 送 付 先	
住所	〒
担当者	
検 体 返 却 (検体が余った場合に限りです)	
検体返却のご入用	必要 (受け取り希望曜日 平日 その他ご希望日) 不必要
返却先	〒

* 検体ラベルに患者氏名、性別、採取年月日、検体の種類（血清、血漿、尿等）、検査依頼項目、依頼元の名称をご記入の上、容器にお貼り下さい。

* 次の頁にもご記入下さい。

検査依頼書送付先

 株式会社 **伏見製薬所** 衛生検査センター

〒763-0042 香川県丸亀市港町 307

電話 0877-22-6276

FAX 0877-22-6280

e-mail th@fushimi.co.jp

連絡事項

