

PCR検査 検体回収依頼書

検査実施日当日の検体数を集計して、午後5時までに医師会事務所へFAXで依頼して下さい。FAX7147-1711

依頼日（回収日）：令和 年 月 日

＜検体種別＞

鼻咽頭ぬぐい液 _____ 件
(内、採取予定検体 _____ 件)

唾液 _____ 件
(内、採取予定検体 _____ 件)

※ 資器材の依頼は、様式5を検体回収依頼時にFAXして下さい。

医療機関名 _____

担当者氏名 _____ (_____ 課)

連絡先電話 _____

※担当者氏名及び電話は、東大（配送業者含む）からの問い合わせのため記載して下さい。

◎ 午後5時までにFAX7147-1711