細胞解析用　分析試験依頼書

予約制で受け付けておりますので採血日を含む７営業日前までに、お問い合わせ先へメールまたはFAXにてご連絡下さい。
日程変更のお願いをさせていただく場合もございますので、ご了承下さい。

弊社受付 No.

ご記入日		年　月　日		
ご希望納期		年　月　日		
ご依頼者	貴社名			
	所在地			
	所属部署			
	氏名		ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	
	電話番号		ＦＡＸ	
サンプル数		☐ １検体　☐ ２検体　依頼可能な検体数は２検体までとなります。		
サンプル名		血液保存管と同一となります。		
採血日		年　月　日（　）　時間（　：　）		
検体到着日		年　月　日（　）		

分析依頼内容概要
※該当する分析依頼内容のチェックボックス欄に☑を入れてください。
☐ 細胞数測定（☐ CK 陽性細胞 ☐ CK 陽性＋CK 陰性細胞
☐ クラスター含む ☐ 最大輝度）
☐ ターゲットリシーケンス（がん関連遺伝子の変異解析）
（7 細胞まで ＋ 生殖細胞系列変異解析用の白血球サンプル）
がん関連遺伝子変異解析を行う際には、細胞数測定速報の後、
3 営業日以内に細胞選出のご連絡をお願いします。
☐ 比較解析

【サンプルおよび分析試験依頼書送付先】
〒252-1123
神奈川県綾瀬市早川 2743-1
株式会社　東ソー分析センター
東京事業部　解析グループ　行き
TEL：0467-77-2218
FAX：0467-77-7135

【お問い合わせ先】　営業部　北村
Mail：bioresearch@tosoh-arc.co.jp
TEL：03-6435-4321
FAX：03-6435-4320

サンプルの取扱いについて下記の確認事項に同意します。☐ ※チェックボックス欄に☑を入れてください。
（1）ヒトの全血サンプルであり、インフォームド・コンセントを受けたサンプルをご提供下さい。
（2）お客様のご所属機関の倫理委員会で承認され、個人を特定できないサンプルをご提供下さい。
（3）感染性等の安全性が確保されたサンプルをご提供下さい。

ご要望事項

【確認事項】

(1) 本受託分析は、弊社手順書に従って実施した分析結果を納品するためのものであり、分析結果が有用であること又は特定の目的を達成することを保証するものではありません。
(2) サンプルの状態、または技術的な限界、その他弊社の責めに帰すべからざる事由により、分析が不可能になる可能性、あるいは、分析結果に過誤が生じる可能性があります。これらに関して、弊社は免責されるものといたします。
(3) (2) の事由により、分析結果が得られなかった場合、もしくは、分析を中止した場合、それまでに要した費用についてはご請求させていただきます。
(4) 本受託分析の結果は、医療行為（診断を含む。以下同じ。）のためには使用しないでください。弊社は、貴社が本受託分析の結果を医療行為に使用して自己又は第三者に損害を生じさせたとしても、一切の責任を負わないものとします。
(5) 本受託分析終了後の残サンプルは、原則全て返却しないものとします。
(6) 本確認事項に定めのない事項に関しては、「株式会社東ソー分析センター 試験受委託約款」に従うものといたします。
(7) 受託分析をお客様のご都合でキャンセルされる際、採血日を含む４営業日前からキャンセル料をご請求させていただく場合がございますので、予めご了承願います。

☐ 上記確認事項に同意します。　　ご依頼者自署

※弊社受付後、当用紙を送付致します。チェックボックス欄への☑とご署名の上、サンプル送付時に同封お願いします。

株式会社東ソー分析センター