令和　　年　　月　　日

受託検査依頼書

島根大学医学部附属病院　病院長　　殿

依頼者　　住　所　〒

機関名

氏　名　　　　　　　 　印

(法人にあっては代表者)

医学部附属病院臨床検査受託規程及び所定の遵守事項を遵守の上、遺伝子検査を別紙のとおり依頼します。

なお、検査料金の納入後は、返還の申し出は行いません。

「検体収集場所」　　　部署名： 担当者名：

 　　　連絡先：TEL

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

「受託検査承諾書」および「請求書」は上記依頼者宛にお送りします。異なる送付先を希望される場合には下記に記入下さい。

「受託承諾書」送付先

 住　　　　所　〒

 機関・部署名

 氏　　　　名

 連絡先（電話番号）

「請求書」送付先

 住　　　　所　〒

 機関・部署名

 氏　　　　名

 連絡先（電話番号）

　※当核検査の実施にあたっては、契約締結を必要といたしませんので、ご理解のほどよろしくお願いいたします。