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

部署名

氏　名　　　　　　　 　印

連絡先（電話番号）

（次ページ記入例参照）

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、先天性代謝異常症検査を別紙の

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。

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

「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）

※先天性代謝異常症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。

令和　２年　４月　１日

**記入例**

受託検査依頼書

島根大学医学部附属病院　病院長　殿

代表者印、依頼者の個人印いずれも可。メール依頼時は押印なしでも良い。

検体送付時は押印後の本紙を送付する。

【 依頼者 】

　(代表者、医師、または検査部門の長)

住　所　　　〒693-8501

島根県出雲市塩冶町89-1

機関名　　　島根大学医学部附属病院

部署名　　　小児科

出雲

氏　名　　　出雲　太郎

連絡先（電話番号） 0853-00-0000

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、先天性代謝異常症検査を別紙の

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。

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

「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（依頼者と異なる場合のみご記入ください）

 住　　　　所　〒693-8501　島根県出雲市塩冶町89-1

 機関・部署名　島根大学医学部附属病院・医療サービス課

 氏　　　　名　　島根　花子

 連絡先（電話番号） 0853-00-0001

「請求書」送付先（依頼者と異なる場合のみご記入ください）

 住　　　　所　〒693-8501 島根県出雲市塩冶町89-1

 機関・部署名　島根大学医学部附属病院・会計課

 氏　　　　名　　代謝　一郎

 連絡先（電話番号） 0853-00-0002

※先天性代謝異常症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。