

T-スポット.TB 検査用採血管／搬送用キット請求票

FAX

年 月 日

申込機関：

FAX 番号：

電話番号：

請求先：一般社団法人免疫診断研究所

FAX 番号：042 595 8867

電話番号：042 595 8868

以下の（必須事項）に記載漏れが無いようにお願い致します。

病院名（必須）	
担当科（必須）	
担当者（必須）	
連絡先 メールアドレス	
採血管（必須）	ヘパリン採血管：一人1本： 本 （必要容量に <input checked="" type="checkbox"/> ： <input type="checkbox"/> 2ML, <input type="checkbox"/> 4ML, <input type="checkbox"/> 6ML）
搬送キット（必須）	温度管理用箱数： 箱
到着希望（必須）	どちらか選択（○を付ける）：アリ、 ナシ
アリの場合 日付指定（必須）	月 日（ ） 迄
ナシの場合	10日以内に到着します。
問合せ事項	

※到着希望日が、FAX到着後3日以内（土日祝祭日を除く）の場合は、別途電話にてご連絡をお願い致します。