

検査依頼書

～血中ウロモジュリン測定・キャンペーン用～

検査受診者情報

患者名	(セイ)	(メイ)
生年月日	(西暦) 年 月 日	年齢 満 歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
検査項目	<input checked="" type="checkbox"/> 血中ウロモジュリン	
検体採取日時	(西暦) 年 月 日 時頃	
検査依頼者	先生 (ご施設名)	
口座名	<input type="checkbox"/> 検査依頼者と同じ <input type="checkbox"/> それ以外 ()	
連絡先	(電話番号・e-mail)	

■注意事項

- ・複数検体同時に依頼される場合、一検体につき一枚の依頼書が必要です (口座名・連絡先については代表者様のみご記入ください)。
- ・匿名化検体の場合、氏名ではなく匿名化 ID でも構いません (その際、生年月日・年齢・性別・検体採取日時は空欄でも構いません)。
- ・請求書の宛名は、ご施設名で発行します。口座名は検査費用のお支払いにあたり、ご施設名と異なる名義人口座からお振込みになる場合にご記入ください。

検査依頼・お問い合わせ

株式会社レノプロテクト
東京都中野区中野 5-23-12-306
TEL: 03-6382-8133

受領確認者