

KHV（コイヘルペスウィルス）PCR一次検査申込書

申込日 年 月 日

ふりがな			
ご依頼者名	氏名		
	一次依頼者、二次依頼者を問いません。ご担当者名をお書きください。		
ふりがな			
ご所属名			
	一次依頼者、二次依頼者を問いません。ご担当者としてをお書きください。		
ご住所	〒 -		
	同上。報告書提出先をお書きください。		
TEL/FAX 番号	TEL	FAX	
e-mail			
速報必要の有無	必 要		不 要
連絡方法	連絡方法：TEL・FAX・e-mail・その他：		
検体の種類	マゴイ・ニシキゴイ・その他：		
採集形態	施設養殖場内・公共水域養殖場内・公共水域池沼・公共水域河川		
	採集水域名 可能な範囲でお書きください。		
ご依頼範囲	検出のみ・解剖処理と検出・その他：		
検体数	検出のみ 検体	解剖処理と検出 検体	その他： 検体
生物工学研 締約事項	受託者である生物工学研は、委託者の不利益となるような情報漏洩等の防止に努めます（守秘義務）。組織、魚体の取り扱いには細心の注意をはらい、KHVが系外に漏出しない措置を講じます（二次感染の防止）。		

選択部は で記入してください。

本票を試料と共にお送りください。

複数検体依頼の場合は試料等に任意の試料名を添付してください。

ご不明の点がございましたら、下記までお問い合わせください。

【問合せ・依頼先】

〒425-0046 静岡県焼津市三右衛門新田531番地

生物工学研 担当 小野田義輝

TEL/FAX 054(623)2603

e-mail biotechnology@apost.plala.or.jp