

# 検 査 依 頼 書

株式会社 伏見製薬所 衛生検査センター

委 託 元	
委託 年 月 日	
名 称	
住 所	〒
担当者 の 氏名	
担当者の連絡先	電話
	FAX
	e-mail
試 験 成 績	
送付先住所	〒
送付先氏名	
送付 方法	郵送      FAX      e-mail      その他
請 求 書 送 付 先	
住 所	〒
担 当 者	
検 体 返 却（検体が余った場合に限りです）	
検体返却のご入用	必要（受け取り希望曜日      平日      その他ご希望日      ） 不必要
返却先	〒

- \* 検体ラベルに患者氏名、性別、採取年月日、検体の種類（血清、血漿、尿等）、検査依頼項目、依頼元の名称をご記入の上、容器にお貼り下さい。
- \* 次の頁にもご記入下さい。

## 検 査 依 頼 書 送 付 先



株式  
会社

伏見製薬所 衛生検査センター

〒763-0042 香川県丸亀市港町 307

電話 0877-22-6276

FAX 0877-22-6280

e-mail th@fushimi.co.jp

連絡事項

[illegible]