

検査依頼書・検体受領書

[A-Cube **Light 版** 皮膚筋炎/多発性筋炎(DM/PM)関連抗体検出セット]

【ご依頼にあたって】

この依頼書に必要事項をご記入の上、検体（凍結血清 300 μ L）に同封して送付ください。
 検体は、ヤマト運輸の「平日（月曜日～金曜日）16 時迄に到着」のご指定をお願いします。
 なお、到着まで凍結状態が保てるように発泡スチロール容器にドライアイスを入れてください。

【検査項目】

セット内容	Light 版 皮膚筋炎/多発性筋炎(DM/PM)関連抗体検出セット <検査抗原種類数 39 種類>
検出抗体 (抗原)	Jo-1(HARS), PL-7(TARS), PL-12(AARS), EJ(GARS), KS(NARS), OJ(IARS, EPRS, LARS, MARS, QARS, KARS, RARS, DARS, AIMP1, 2, 3), Zo(FARSA, FARSB), Ha(YARS), SRP(SRP54, 14, 19, 68, 72), Mi-2(CHD3, CHD4), TIF1- γ /p155(TRIM33), MJ/NXP-2(MORC3), SAE(SAE1, UBA2), U1-RNP_70(SNRNP70), U1-RNP_A(SNRPA), U1-RNP_C(SNRPC), Ku(XRCC5, XRCC6), PM-Scl100(EXOSC10), PM-Scl75(EXOSC9), SS-A/Ro52(TRIM21), SS-A/Ro60(TROVE2)

【依頼者様情報】

委託元 （報告書の宛名に使用させていただきます。 ※必須項目）	
委託 年月日※	
施設名※	
部署・氏名※	
住所・連絡先	(住所※) 〒 (電話番号※) : (FAX) : (e-mail) :
検査結果報告書の送付方法	郵便 ・ e-mail ・ FAX ・ その他 ()
請求書送付先 （請求書の宛名に使用させていただきます。郵便にて請求書を送付致します。空欄の場合、委託元に送付致します。）	
施設名	
部署・氏名	
住所・連絡先	〒 電話番号 : FAX : e-mail :

【**ご注意事項**】 ①この依頼書の測定は研究検査です。**診断目的には使用できません**。②依頼書に記載されている個人・患者情報は、同意がある場合を除き測定以外の目的には使用しません。③検査に用いるアレイには、検査項目以外の抗原タンパク質も搭載しておりますが解析には用いません。④お預かりした検体は、検査終了後に廃棄します。⑤結果の報告書は、**協力会社のプロテオブリッジ株式会社又は弊社から送付します**。⑥ご依頼の検査の代金及び代金の支払い方法は、検査案内書をご確認ください。

連絡事項

【検体送付先・お問合せ先】

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 TEL : 0877-22-6276 FAX : 0877-22-6280
 e-mail : th@fushimi.co.jp

検体受領書（弊社記入欄です。ご記入は不要です）

依頼書 No.	検体受付日	/ /	数量	本	受付者
---------	-------	-----	----	---	-----

ご依頼いただいた検体は、(株)伏見製薬所衛生検査センターにて受領いたしました。

