

FLT3 遺伝子検査 検体回収依頼書

検体回収の予約をFAXでご連絡いただくための依頼書です。
搬送業者の円滑な手配の都合上、検体回収のご依頼は可能な限り当日15時までにご送付いただけますようお願いいたします。
FAXをいただいた後、弊社より折り返しご連絡いたします。

LabPMM合同会社 FAX番号 03-6745-9346

希望回収日時 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。	
日付: <input type="checkbox"/> 最短日 <input type="checkbox"/> 日付指定 (月 日)	時間帯: <input type="checkbox"/> 10時~11時 <input type="checkbox"/> 11時~13時 <input type="checkbox"/> 13時~15時 <input type="checkbox"/> 詳細指定(時 分)
検体は月曜から金曜まで回収致します。(祝日を除く) 業者手配の都合上、2営業日以降からの回収となります。	地域、天候等によってはご希望に添えない場合があります。
検体回収先および検体情報 ※:必須項目	
施設名※:	部署※:
担当者※:	検体本数※: 採血管の種類: <input type="checkbox"/> ヘパリンNa <input type="checkbox"/> EDTA
検体採取日※: 月 日	検体の種類※: <input type="checkbox"/> 骨髓穿刺液 <input type="checkbox"/> 末梢血
折り返しの連絡先※ <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。	
<input type="checkbox"/> 電話を希望 番号 (- -)	
<input type="checkbox"/> FAXを希望 番号 (- -)	
<input type="checkbox"/> Eメールを希望 アドレス (@)	
LabPMM合同会社 記入欄	
設定された検体回収日時: 月 日 (時間)に検体回収に伺います。(弊社担当:)	
検体回収のキャンセルについて	
事情により検体回収をキャンセルする場合、弊社(044-281-1500)までご連絡ください。 その際は <u>配送業者への直接のお電話はお控えいただくようお願い申し上げます。</u> 弊社の営業時間外であっても、お電話にてメッセージを残すことが可能ですので、ご利用いただければ幸いです。 なお、 <u>キャンセルの際にはキャンセル料が発生する場合がございます。</u> 予めご了承ください。	

本FAX及び付随する資料・文書等は、受取人宛に送信されたものであり、機密情報を含んでいる場合があります、意図された受取人以外の方による情報の開示、複製、再配布や転送など一切の利用が禁止されております。

万が一、本FAXを誤って受け取られた場合は、お手数ですが送信者までその旨をお知らせ頂くとともに、受信されたFAXは適正に廃棄して頂きますようお願い申し上げます。