

病理標本作製依頼書

ご依頼日：平成 年 月 日

氏名：	E-mail：	
所属：		
住所：〒		
電話：	FAX：	
採取部位：	採取年月日：平成 年 月 日	
提出内容：カセット	ブロック	その他（ ）
固定法：	固定年月日：平成 年 月 日	
検体数：（ ）検体		
染色名：	未染標本（ ）枚	
	HE染色（ ）枚	
	特殊染色（ ）（ ）枚	
	免疫染色（ ）（ ）枚	
備考：	その他、ご要望等ご記入下さい。	

BioGate Co.,Ltd
バイオゲート株式会社

〒501-2123 岐阜県山県市大森 331-1
TEL.0581-36-3271 FAX.0581-36-1017
URL.<http://www.biogate.co.jp> E-mail.info@biogate.co.jp