ＰＣＲ検査　検体回収依頼書

**様式３**

検査実施日当日の検体数を集計して、午後５時までに医師会事務所へＦＡＸで依頼して下さい。ＦＡＸ７１４７－１７１１

**依頼日（回収日）：令和　　年　　月　　日**

**＜検体種別＞**

**鼻咽頭ぬぐい液　　　　　　　　　件**

**（内、採取予定検体　　　　件）**

**唾液　　　　　　　　　　　　　　件**

**（内、採取予定検体　　　　件）**

**※　資器材の依頼は、様式５を検体回収依頼時にＦＡＸして下さい。**

医療機関名

担当者氏名　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　課）

連絡先電話

※担当者氏名及び電話は、東大（配送業者含む）からの問い合わせのため記載して下さい。

**◎　午後５時までにＦＡＸ７１４７－１７１１**

医療機関　→　医師会事務所