

組織調達確認書

問い合わせ年月日 年 月 日

本PDFをダウンロード上、問合せに添付してお送りください。

所属施設		所属部署	
氏名		e-mail	
住所			
電話番号		FAX番号	

◎ドナー条件

動物種 ヒト その他( )  
 必要検体数 ( )検体  
 疾患の有無 健常人 有( )  
 ウィルス検査 不要  
 必要 ( HIV / HCV / HBV / HTLV-1 / Syphilis / その他 )

◎製品形態

◆組織製品 脳(部位: ) 筋肉 眼球 肝臓 腎臓 胃  
 膵臓 心臓 肺 脾臓 食道 小腸 大腸 結腸  
 前立腺 甲状腺 滑膜 動脈 胸腺 尿道 リンパ節  
 脂肪 皮ふ(サイズ: cm× cm)  
 ◆凍結組織 ブロック 切片(厚さ: um スライド数: )  
 ◆FFPE ブロック 切片(厚さ: um スライド数: )  
 ◆OCT ブロック 切片(厚さ: um スライド数: )

その他、ご希望の条件がございましたらご記入ください。採取後の処理時間、プロトコルなど