

平成 年 月 日

臨床検査部長殿

検体・菌株譲渡願い

依頼者 所属_____

氏名_____ 印

(MPS_____)

下記の目的で使用するため、下記検体・菌株等を譲渡していただきたく申し上げます。
なお、譲渡に際しては下記但し書きを遵守いたします。

目的：_____

希望検体・菌株

患者 ID_____

患者氏名_____

採取日_____

検体種_____

菌名_____

使用場所：_____

1. 譲渡された検体・菌株の保存、管理、使用については当方で責任を持ちます。
2. 譲渡された検体・菌株は、上記目的以外に使用したり、許可なく第三者への譲渡は致しません。
3. 得られた結果については速やかにご報告いたします。
4. 知り得た情報については患者のプライバシーを守ります。