

ヒト組織購入依頼書

ヒト組織の入手をご希望の場合は以下に必要な事項を記載（チェック）の上アドバンテック株式会社病理受託事業部までお問い合わせください。

海外への依頼となりますので、内容によりお時間をいただくことや、希望に沿ったものを入手できない場合もあります。

問合せ日 : _____
 問合せ機関 : _____
 所属 : _____
 氏名 : _____

※必要な情報をチェックしてください。

◎ドナー条件

◆ 人種	:	指定なし	Caucasian	Black	Asian
◆ 年齢	:	指定なし	指定あり (歳)	
◆ 性別	:	指定なし	男性	女性	
◆ 血液型	:	指定なし			
		A型	B型	AB型	O型
		A (-) 型	B (-) 型	AB (-) 型	
◆ 希望検体数	:		検体		
◆ 疾患の有無	:	健常人	有	疾患名 :	
			疾患名 :	その他条件 :	
◆ ウイルス検査	:	不要	要		
		HIV	HCV	HBV	その他

納品形態

◆ マッチセット	:	要	不要		
◆ 組織 (臓器)					
筋肉	眼球	肝臓	腎臓	胃	膵臓
心臓	肺	脾臓	食道	大腸	小腸
結腸	前立腺	甲状腺	滑膜	リンパ節	胸腺
尿道	膀胱	動脈	脂肪		
脳 (部位)
皮膚 (サイズ	cm ×	cm)			
その他 :					
形態:ブロックまたは薄切片スライド					
➤ ブロック種	FFPE	凍結	OCT		
☆ ブロック希望の場合のブロック数				個/ドナー	
➤ 切片 (厚さ	μm	数量	枚)		

その他 : ご希望の条件がございましたらご記入下さい。

例 : 採取後の処理時間、プロトコル、HE染色済ライドが事前に欲しい等