クォンティフェロンＴＢ－ゴールド（ＱＦＴ）検査回収申込書

申 込 日	平成　　年　　月　　日
団 体 名	担当（　　様）
所 在 地	〒
連絡先の電話番号 連絡先のＦＡＸ番号	（　　） （　　）
採 血 日	平成　　年　　月　　日
検 体 数	検体
培養終了日時	平成　　年　月　　日　　：
検体受け渡し場所	

＊採血→培養→回収

採血後、培養（37℃16～24 時間）後、保存（2～27℃）して下さい。

3 日以内に回収に伺います。回収予定表をＦＡＸします。

＊孵卵器等がなく培養が出来ない場合はご相談下さい。

＊検査申込書・質問票はご記入後、検体回収時に提出をお願い致します。

公益財団法人ちば県民保健予防財団

問い合わせ先　一般検査課　露﨑・岡

TEL　０４３－２４６－８６５８（内 ７０３４）

FAX　０４３－２４６－８６９７