

気仙沼市医師会臨床検査センター 宛
FAX 0226 (22) 0909

令和 年 月 日

施設名 _____

検体採取用具類注文書

必要な検体採取用具類を記入し、FAX または集配担当者へお渡してください。

※ 「記号」は検査センター検査案内または BML 検査案内をご参照ください。

記号	品名	注文数

記入例

a	生化学用試験管	1 箱
B-7	EDTA 管 (2mL)	5 本