

様式 1

確認検査依頼書

年 月 日

大阪健康安全基盤研究所理事長殿

所在地

医療機関名

医療機関長名

次のとおり検体を送付しますから、H I V感染確認検査をお願いします。

担当者(主治医)名	
検体採取年月日 年 月 日	検体 (依頼/カルテ) 番号
性別・年齢 男 ・ 女 (歳)	国籍 日本 ・ その他()
連絡事項	(※スクリーニング検査の結果・数値等をご記入ください。)

下記は、記入しないで下さい。

大阪健康安全基盤研究所	受付年月日 年 月 日	受付者名
	検体番号	検査年月日 年 月 日
	備考	

注) この依頼書、スクリーニング検査が陽性であることを証明する書類を添付して大阪健康安全基盤研究所に検体を送付して下さい。