

対象外

別記様式第3

(番 号)
年 月 日

殿

住所
(TEL/FAX)

公益財団法人競走馬理化学研究所
遺伝子分析部長

印

馬伝染性子宮炎PCR検査通知書

年 月 日付をもって検査依頼のあった検体の検査結果は、下記のとおりでしたので、馬伝染性子宮炎PCR検査依頼要領に基づき通知します。

記

1. 依頼番号及び依頼年月日：

(番号) _____ (年月日) _____

2. 採材窓口 : 氏名

住所

(TEL/FAX)

3. 検査本数 : _____ 本

4. 検査結果 : 全検体陰性

一部検体陽性 ()

5. 添付書類 :

6. 備 考 :