

対象外

様式第3

(番 号)
年 月 日

氏名等 殿
住 所
(TEL/FAX)

公益財団法人競走馬理化学研究所 印

馬伝染性子宮炎PCR検査通知書

馬伝染性子宮炎PCR検査依頼要領第4項の規定により次のとおり通知します。

記

1. 依頼番号及び依頼年月日 :
(番号) (年月日) 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 :