

FDG**分析依頼書・受諾書**

FDG 水溶液

表の太枠内にご記入ください。
施設名は、略称でも結構です。
必ず押印をお願いします。

【※1□ 試験計画書送付予定日 / 】

【※2□ 検体到着予定日 △/△】—— 本紙送信から3週間以降の日付

本紙の FAX 送信をもちまして、分析受諾日とさせていただきます。

*検体は、分析依頼書原本・試験計画書（承認印押印済）・検体送付書と同送下さい。

送信日	施設名	担当者名	印
TEL:	FAX:		
△/□	〇〇大学附属病院	△△太郎	印
TEL: ××-××-××××	FAX: ××-××-□□□□		
/	量研機構	受託分析部門	張 明栄 印
TEL: 043-382-3710	FAX: 043-206-3261		

施設名	担当者名
TEL:	FAX:
量研機構	受託分析部門 張 明栄
TEL: 043-382-3710	FAX: 043-206-3261
〇〇大学附属病院	△△太郎
TEL: ××-××-××××	FAX: ××-××-□□□□

太枠内にご記入下さい。(□内は量研機構チェック欄)

製造施設正式名称 □	大学法人 〇〇大学医学部附属病院 放射線科	担当者名: △△太郎
製造施設住所 □	〒123-4567 〇〇市△△区××町 1-1	

下記事項の試験検査を依頼します。 例: 2016年4月1日1回目合成

※3製造番号 □	1604011	※4QST 受付番号 □	—
※3製造年月日 □	2016年4月1日	※5検体容量 □	3ml 以上を記載
試験項目 (○囲い) □	FDG の比放射能測定及び CIDG の濃度測定	※6 残留溶媒濃度測定	

例: 2016年4月1日2回目合成

※3製造番号 □	1604012	※4QST 受付番号 □	—
※3製造年月日 □	2016年4月1日	※5検体容量 □	3ml 以上を記載
試験項目 (○囲い) □	FDG の比放射能測定及び CIDG の濃度測定	※6 残留溶媒濃度測定	

例: 2016年4月2日1回目合成

※3製造番号 □	1604021	※4QST 受付番号 □	—
※3製造年月日 □	2016年4月2日	※5検体容量 □	3ml 以上を記載
試験項目 (○囲い) □	FDG の比放射能測定及び CIDG の濃度測定	※6 残留溶媒濃度測定	

※1 量研機構で受諾の際に記入致します。

※2 必ずご記入下さい。予定日が変更になった際は、FAX または電話連絡をお願いいたします。

※3 製造番号・製造年月日が判明している場合は、ご記入下さい。

※4 量研機構の受付番号です。量研機構で受諾の際に記入致します。

※5 検体は必ず 3ml 以上をお送り下さい。

※6 メタノール、エタノール、アセトニトリルを測定します。